

DIGITAALISTEN OMAHOITOPALVELUIDEN ROOLI TERVEYDENHUOLLOSSA

Oirearviot ja johtamisen hyvät käytännöt hoitotyön ammattilaisten kokemina.

Hänninen-Ervasti Riitta
Pro Gradu-tutkielma
Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen
tutkimusyksikkö
Terveystieteiden
Oulun yliopisto
Toukokuu 2019

TIIVISTELMÄ

Oulun yliopisto

LKT, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö/ Terveyshallintotiede

Riitta Hänninen-Ervasti

DIGITAALISTEN OMAHOITOPALVELUIDEN
ROOLI TERVEYDENHUOLLOSSA- Oirearviot ja
johtamisen hyvät käytännöt hoitotyön ammattilaisten
kokemina

Pro Gradu tutkielma; 47 sivua, 9 liitettä
Toukokuu 2019

Terveyspalvelut ovat astumassa uuteen palvelusukupolveen digitalisaation muuttaessa niiden johtamista ja palvelumalleja, joten digitaalisten palvelujen käyttöönottoa on syytä tutkia eri näkökulmista.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten hoitotyön ammattilaiset kokevat Oirearvioiden käytön ja miten johtamisen hyvät käytännöt toteutuvat perusterveydenhuollon tasoisessa yksikössä, kun digitaaliset Oirearviot on otettu käyttöön. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, miten Oirearviopalvelun käyttö on alkuvaiheessa toteutunut ja mihin seikkoihin on syytä kiinnittää huomiota, jotta palvelun käyttö on sujuvaa ja mielekästä hoitotyön ammattilaisen näkökulmasta katsottuna.

Tutkimusaineisto kerättiin Webropol verkkokyselynä strukturoiduin kysymyksiin sekä kolmen avoimen kysymyksen avulla 376 hoitotyön ammattilaiselta joulukuun 2018-maaliskuun 2019 välisenä aikana. Vastauksia saatiin 56 kpl, vastausprosentti oli 14,8 %.

Laadullinen aineisto käsiteltiin induktiivisella sisällön analyysillä ja määrällinen aineisto R-tilasto-ohjelmalla 3.5.1.

Oirearviopalvelun hyötyinä nähtiin työn hallintaan ja palvelun laatuun liittyviä seikkoja. Hoidontarpeen arvion systematisoituminen ja kriteerien samankaltaisuus parantavat hoitoon ohjautumista ja asiakas päätyy oikealle ammattilaiselle oikea-aikaisesti. Haasteena ammattilaiset kokivat palveluprosesseihin ja tietojärjestelmien integraatioon liittyvät ongelmat, kuten asiakkaiden mahdollisuuden yhteydenottoon monia kanavia pitkin, työskentelyn siirtymisen verkkoon sekä liian herkästi vastaanotolle ohjaavan palvelun. Terveystieteiden toimintatavoissa käydään läpi kulttuurin muutosta, joka nähdään sekä hyötynä että haittana riippuen näkökulmasta. Johtamisen hyvät käytännöt toteutuvat kohtuullisesti.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että älykkään Oirearviopalvelun käyttöönotto on lähtenyt hitaasti liikkeelle, mutta palvelu vaatii vielä paljon ennen kaikkea ketterää kehitystyötä, jotta palvelu toimisi kuten sen on tarkoitus toimia; oikea-aikaisesti, oikealle ammattilaiselle ja oikeaan paikkaan ohjaavana, kustannustehokkaasti, vapauttaen resursseja kasvokkain tapahtuvaan hoitotyöhön ja siirtäen rutiininomaiset työt sekä itsehoitolla hoituvat oireet asiakkaan itsensä tekemäksi.

Avainsanat; digitaaliset palvelut, sähköiset terveyspalvelut, älykäs oirearvio, johtaminen, hoitotyön ammattilainen, kysely

ABSTRACT

University of Oulu

Faculty of Medicine, Unit of Nursing Science and Health Management/ Health Management Science

Riitta Hänninen-Ervasti;

THE ROLE OF DIGITAL PATIENT PORTAL SERVICES IN HEALTHCARE – Symptom assessments and good management practices experienced by health care professionals.

Pro Gradu Thesis: 47 pages, 9 appendices
May 2019

Health services are entering a new generation of service digitalisation, changing their leadership and service models, so there is a need to investigate digital services from different perspectives.

The purpose of this study was to investigate how health care professionals to experience symptom assessment services and how good implementation of leadership come realized in primary health care after their implementation. The aim of the study is to get information on how the use of the symptom assessment service has been implemented in the early stages and what aspects should be paid attention to, so that the use of the service is smooth and meaningful from the perspective of a health care professional.

The research material was collected as a Webropol online survey with seven structured questions and three open questions from 376 health care professionals between December 2018 and March 2019. The response rate was 14.8%.

The qualitative data were analyzed using inductive content analysis and statistical analysis was performed for the quantitative data using R-program 3.5.1.

As the main results in this study were, work management and quality of service aspects were seen benefits. Systematization of care needs assessment and similarity of criteria improve referral to treatment and the client ends up with the right professional in right time. As a challenge, professionals experienced problems related to service processes and cultural change, such as the ability of customers to communicate across multiple channels, the transition of work procedures to the network, and the service that was too sensitive to reception. Information systems needed better integration. Health care practices go through a change in the transformation of culture, which was seen both a benefit and a challenge, depending on the point of view. Good management practices are reasonably implemented.

In conclusion, the introduction of the intelligent symptom assessment service has slowly started and the service still requires much agile development, so that the service works as it is supposed to work; timely, right for the right professional and in the right place, guiding and cost-efficiently, releasing resources to personal care and transferring routine jobs to the customer's self-management.

Keywords

digital services, eHealth/ Healthcare e-services, intelligent symptom assessment, health professionals, leadership, questionnaire

Saatesanat

Pro gradu -tutkielman kirjoittaminen on vaatinut pitkäjänteistä työtä ollen opettavainen ja samalla mielenkiintoinen matka. Prosessi on kestänyt syksystä kevääseen ja matkan varrelle on mahtunut sekä ylä- että alamäkiä, mutta myös opintovapaa, joka mahdollisti työhön täysipäiväisesti keskittymisen. Kiitos tästä työnantajalleni.

Välillä olen kokenut epätoivon hetkiä, kun ajatus on katkennut ja keinot ja osaaminen ovat olleet hakusessa. Vastapainoksi on tullut lukuisia onnistumisen ja oivaltamisen elämyksiä, jotka ovat luoneet uskoa työn etenemiseen. Prosessin myötä olen oppinut ainakin sen, että monet ongelmat ovat todellisuudessa vain haasteita, jotka voidaan selvittää ja aina kannattaa kysyä. Haluan lämpimästi kiittää ohjaajaani yliopisto-opettaja Heidi Pirkolaa avusta graduhankkeen eri vaiheissa, mutta ennen kaikkea tutkijatohtori Sari Kujalaa, jota ilman aineiston kerääminen ja kysymyslomakkeen laatiminen olisi ollut haastavaa. Viimeisenä, mutta ei vähäisimpänä, haluan lausua nöyrät kiitokset pojalleni Eetulle, joka avusti minua tilastoaineston analyysissa ja grafiikan teossa.

Sisältö

1. JOHDANTO	1
2. TUTKIMUSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	4
2.1 JOHTAMISEN HYVÄT KÄYTÄNNÖT	6
2.2. SÄHKÖISET TERVEYSPALVELUT JA DIGITALISAATIO	8
2.3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	11
3.1 ODA-PROJEKTI	11
3.2 OMAOLO-PALVELU.....	11
3.3 ÄLYKÄS OIREARVIO.....	12
3.4 TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ.....	12
3.5. TUTKIMUSMENETELMÄT	13
3.6 AINEISTON KERUU	14
3.7 AINEISTON ANALYYSIMENETELMÄT.....	15
4. TUTKIMUKSEN RAPORTTI	17
4.1. MÄÄRÄLLISEN OSAN RAPORTTI.....	17
4.1.1 Taustatiedot	17
4.1.2 Oirearvio vaikutus omaan työhön.....	18
4.1.3 Oirearvion vaikutus ammattirooliin	21
4.1.4 Oirearvion vaikutus yksikön asiakkaisiin	21
4.1.5 Oirearvion käyttöönoton toteutuminen yksikössä	23
4.2 TUTKIMUKSEN LAADULLISEN OSAN RAPORTTI	25
4.2.1 Hyödyt omalle työlle	26
4.2.2 Haasteet omalle työlle	27
4.2.3 Hyödyt yksikölle.....	30
4.2.4 Haasteet yksikölle	32
4.2.5 Oirearviopalvelun kehittämiskohteet.....	32
5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	35
5.1 LUOTETTAVUUS	39
5.2 EETTISYYS.....	41
LÄHTEET	43
LIITTEET.....

1. JOHDANTO

Viimeisen vuosikymmenen aikana terveydenhuollon palvelujärjestelmät ovat kehittyneet voimakkaasti kohti digitaalisuutta. Tämä asettaa tulevaisuuden asiantuntijuudelle ja palvelumalleille uudenlaisia haasteita. (EUROPA 2016, SThES, 2016.) Digitalisaatio ja sähköiset palvelut tarjoavat tehokkaat uudet välineet sekä terveydenhuoltohenkilöstön että asiakkaiden käyttöön (Lehti ym. 2012). Terveyspalvelut ovatkin astumassa uuteen palvelusukupolveen digitalisaation toimiessa yhtenä muutosajurina uudelle johtamis- ja palvelumallijattelulle (Laitinen, 2016).

Nyt jo haudatun Sote-uudistuksen tavoitteena oli yhdenmukaistaa ja helpottaa palvelujen saatavuutta maanlaajuisesti sekä samalla hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua. Tämä vaatii muun muassa tietojärjestelmien ja palveluprosessien digitalisointia. (STM, 2016.) Tieto- ja viestintäteknologian (ICT) tai lyhyemmin tietoteknologian (IT) innovatiivinen käyttö tarkoittaakin julkisen sektorin toimintatapojen nykyaikaistamista, ammattimaisemmin ja keskitetymmin johdettua hankintaintoa, sähköisten palveluiden ja järjestelmien kehittämistä sekä palvelujen ja hallinnon rakenteiden uudistamista (Valtioneuvoston kanslia, 2010). Terveydenhuollon sarallakaan ei selvitä ilman IT-prosessimuutoksia (Dranove 2014), joten tuotteisiin ja toimintatapoihin on investoitava (Alasoini 2015) ja tätä kautta saavutetaan myös mahdollisesti kustannussäästöjä (Dranove ym. 2014). Näiden investointien tekeminen vie aikaa ja vaikutukset saattavatkin näkyä pitkällä viiveellä (Brynjolfsson & Hitt, 2003), sillä uusien digitaalisten toimintamallien kehittäminen ja käyttöönotto on hyvin kustannustehotonta toiminnan käynnistysvaiheessa (Jailla ym. 2017).

OECD tunnistaa terveyspalveluissa digitaalisen datan käyttötarkoituksina esimerkiksi tarpeiden ja palveluiden evaluoinnin, terveyspalveluiden järjestelmän optimoinnin sekä laadun ja turvallisuuden kehittämisen (OECD, 2013). Terveydenhuollon prosesseissa digitalisointi vaikuttaa kaikkeen toimintaan, mutta suurimmat tuottavuushypyt saavutetaan tietointensiivisimmissä palveluissa, kuten potilastietojärjestelmät, diagnostiikka ja kuvantaminen, potilasvalvonta, leikkausautomaatiikka, lääkevalvonta, sairaalahallinto sekä oma- ja omaishoito (Laitinen, 2016).

Digitalisaatio ei muuta hyvän johtamisen perusasioita, joita ovat oikeat strategiset valinnat ja niiden taitava toimeenpano sekä ihmisten johtamista tavalla, joka saa heidät antamaan parastaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Digitalisaation haltuunotossa tarvitaan selkeiden tavoitteiden asettamista, systemaattista seuranta ja jämäkkää poikkeamiin puuttumista, riittävää resursointia, organisointia ja roolittamista (Ilmarinen & Koskela, 2015), koska digitalisaatio muuttaa työn tekemisen tapoja ja työn sisältöä entistä nopeammassa tahdissa (Koski ym. 2001, Pajarinen & Rouvinen, 2014). Digitalisaatio on edistynyt pienin askelin ja eikä ole vielä vaikuttanut riittävästi keskeisiin alan palveluihin ja prosesseihin, joten sen hyötyjä ei vielä ole kattavasti saavutettu (STM, 2016).

Jaillah ym (2017) laatimassa kirjallisuuskatsauksessa osoitettiin sähköisten palvelujen käyttöönotossa esteitä, joista merkittävimmät liittyivät käyttäjien taitoihin ja käyttöönoton vähäiseen resurssointiin sekä johtamisen puutteisiin. Organisaatiomuutosten yhteydessä on otettava huomioon, että muutosten suuri määrä ja niiden samanaikaisuus eivät vähentäisi työn mielekkyyttä (Syväjärvi ym. 2012) ja että ammattilaiset eivät uupuisi käyttöönoton vähäisen resursoinnin takia (Kujala ym. 2018a). Sähköisiä palveluita käyttävät terveydenhuollon ammattilaiset tiedostavat kuitenkin niiden mahdolliset hyödyt (Bouamrane & Mair, 2013). Digitalisaation muuttaessa työelämää ja toimintatapoja kiihtyvissä tahdissa onkin edelleen tärkeää tutkia varsinkin digitaalisten innovaatioiden käyttöönottoon liittyviä hyötyjä ja haasteita sekä käyttökokemuksia erilaisissa hankkeissa työtyytyväisyyden ja työn mielekkyyden näkökulmasta, mutta myös palveluiden kehittämisen korkeiden kustannusten takia (Koski 2001, Bresnahan ym. 2002, Syväjärvi ym 2012, Kujala ym. 2018a).

Sotealan sähköisten palveluiden käyttöönottoa tutkittaessa hyviksi käytännöiksi on noussut muun muassa selkeä vision ja tavoitteiden kommunikointi, johdon tuki, tehokas tiedottaminen palvelun käyttöönotosta ja sen hyödyistä sekä ammattilaisten ja asiantuntijoiden osallistuminen suunnitteluun. Nämä käyttöönoton hyvät käytännöt eivät kuitenkaan ole kovin laajassa käytössä suomalaisissa soteorganisaatioissa. (Kujala ym. 2018a)

Terveysthuollon alueella löytyvät digitalisaation rajat; kaikkea ei voi automatisoida, sillä kaikkea ei voi hoitaa sähköisesti. Ihmiseltä ihmiselle tuotetut palvelut, joissa vaaditaan intuitiota, luovuutta ja inhimillisyyttä eivät ole suoraan siirrettävissä koneelle. Digitaaliteknologia voi olla kuitenkin avuksi ja korvata rutiinitehtäviä niin, että hoitajien ja lääkäreiden aikaa vapautuu perustehtävään; potilaan hoitamiseen. (Lehti ym. 2012.)

STM:n digitalisaatiolinjauksen vuoteen 2025 tavoitteena on lisätä ja tukea digitaalisten palveluiden avulla kansalaisen vastuunottoa omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveysten ja hyvinvoinnin edistämisen tueksi tarjotaan sähköisesti opastusta, neuvontaa, ohjeistusta ja itsearviointityökaluja, joilla asiakkaan rooli oman terveydentilan seurannassa vahvistuu. Ammattilaisille tarjotaan älykkäät järjestelmät käyttöön ja vahvistetaan tiedonhallinnan osaamista. Digitalisaation avulla turvataan palvelujen saatavuus ja esteettömyys sekä tasa-arvoisuus myös harvaan asutuilla alueilla ja erityisryhmille. (STM, 2016.)

Kiinnostukseni tähän tutkimusaiheeseen heräsi toimiessani työpaikkani alaselkäoirekartoitintyöryhmässä. Palvelu otettiin käyttöön organisaatiossamme 2018 ja se on osoittautunut varsin toimivaksi käytännöksi ohjaten asiakkaat oikea-aikaisesti oikealle ammattilaiselle. Asiaan tarkemmin perehtyessäni löysin ODA projektin ja sitä kautta Oirearviot, jotka ovat samanlaiset kuin omassa organisaatiossani. Tutkimuskohde on niin tuore, että Oirearvioiden käytöstä työtapana ammattilaisen kokemana en löytänyt aiempaa tutkimustietoa. Ylemmällä ammattikorkeakoulutasolla on tehty opinnäytetöitä liittyen ODA projektin muihin osa-alueisiin. Tutkimukseni lähtökohdaksi nousi Sari Kujalan tutkijaryhmän artikkeli johtamisen hyvien käytäntöjen toteutumisesta liittyen odotuksiin Omaolopalveluiden käyttöönotosta sosiaali- ja terveystalan organisaatioissa esimiesten ja johtajien näkökulmasta (Kujala ym. 2018a). Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohde on hoitotyön ammattilaisten kokemukset Oirearviopalveluista ja niiden käyttöönotosta sekä kokemukset johtamisen hyvien käytäntöjen toteutumisesta Oirearvioiden käytön ensiaskelia otettaessa.

2. TUTKIMUSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Digitaaliteknologian käyttöönottoon liittyy runsaasti erilaisia hidasteita ja siirtymävaiheelle luonteenomaisia muutoksia (Isaac, 2007). On kohdattava yleinen muutosvastarinta, uusien välineiden monimutkaisuus, työnkuvien ja vastuualuearajojen muutokset, siirtymävaiheen päällekkäiset kustannukset sekä hyötyjen epämääräisyys ja niiden epätasainen jakautuminen eri henkilöryhmien kesken (Isaac 2007, Lehti ym.2012). Teknologisten innovaatioiden osalta on kiinnitettävä erityistä huomiota itse teknologiassa havaittuihin ominaisuuksiin, kuten toimintahäiriöihin, helppokäyttöisyyteen ja merkitykseen potilaille (de Veer ym. 2011, Hämäläinen ym. 2011). Työprosesseihin liittyvät tekijät ovat yleisimpiä syitä, minkä takia terveydenhuollon ammattilaiset kokevat sähköiset terveyspalvelut epäonnistuneena (Granjan ym. 2018). Uusien teknologioiden onnistuneen käyttöönoton edellytys onkin yhä uudelleen analysoida tekijöitä, jotka voivat haitata tai parantaa käyttöönottoa ammattilaiskäyttäjien joukossa.

ICT:n käytössä tärkeä lähtökohta käyttöönotolle on henkilöstön oma kiinnostus sekä motivaatio toteuttaa sähköisiä palveluja, halu kehittää itseään (Jauhiainen, 2004) sekä miten ammattilaiset, mutta myös potilaat, oppivat ja integroivat uusia taitoja päivittäisiin rutiineihinsa, käytäntöihinsä ja kulttuureihinsa (Harvey ym. 2015). Kujala ym. (2018b) havaitsivat tutkimuksessaan, että omahoitoalustojen käyttöönoton uhkaksi nousi ammattilaisten keskuudessa kokemus ammatillisen itsemääräämisoikeuden vähenemisestä. He huomioivat myös, että ammattilaisten huolenaiheet liittyivät erityisesti potilaiden halukkuuteen ja kykyyn käyttää omahoitoalustaa. Inhimilliset tekijät, muun muassa yksilölliset voimavarat ja teknisten taitojen puute sekä hallinnollisen ja poliittisen tuen puute ovat nekin merkittäviä esteitä sähköisten palveluiden käyttöönotolle (Jaillah ym. 2017). Verrattaessa kokemuksia odotuksiin on todettu, että sairaanhoitajien asenteet ovat muuttuneet ajan myötä myönteisimmiksi siirryttäessä sähköisiin järjestelmiin (Kirkendall ym. 2013). Myönteiset odotukset omahoitoalustojen käyttöönotolle kohenevat, jos ammattilaiset yleensäkin asennoituivat positiivisesti uuteen palveluun ja saavat riittävästi informaatioita asiasta etukäteen ja jos hyvät käytännöt toteutuvat (Kujala ym. 2018a). Toisaalta käyttöä edeltävien odotusten uskotaan vaikuttavan käyttäjäkokemuksen arviointiin (Kujala & Miron-Shatz 2015).

Käyttäjäystävällisyys on lisääntynyt nopeasti uusissa teknisten laitteiden tuotantosukupolvissa samalla kun käyttäjien osaaminen lisääntyy (Lehti ym. 2012). Asiakkailla alkaa myös olemaan hyvät tietotekniset ja asenteelliset valmiudet omaksua sähköisiä terveystalvveluja, joskin iällä ja koulutuksella todettiin olevan selkeä yhteys näihin valmiuksiin (Jauhiainen & Sihvo, 2014). Karisalmen ym. (2018) tulosten perusteella pelkkä terveydenhuollon sähköisten palvelujen määrän lisääminen ei riitä, vaan aktiivisetkin potilaat tarvitsevat enemmän tietoa palveluista ja tukea niiden käyttöön. Asiakkaat ovat yhä halukkaampia käyttämään erityisesti mahdollisuutta sähköiseen ajanvaraukseen sekä uusia, helppoja yhteydenpitokanavia hoitohenkilökunnan kanssa (THL, 2018). Sähköisten palvelujen käytöstä on todettu olevan hyötyjä niin asiakkaille kuin organisaatiolle, mutta ilman sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen uudistusta ja potilaiden omaehtoisen toiminnan tukemista sähköisten järjestelmien hyödyt jäävät saavuttamatta (Hyppönen ym. 2010).

Käytettäessä sähköisiä terveystalvveluja ammattilaisten osaamisvaatimuksissa (taulukko 1) korostuvat henkilöstön näkökulmasta katsottuna asiakkaan tieto- ja viestintätekniiikan osaamisen arviointi, asiakkaan ohjaaminen tiedonhaussa ja tietolähteiden luotettavuuden arvioinnissa, asiakkaan ohjaaminen sähköisten palvelujen käyttöön ja yleensäkin ohjaaminen yksilöllisesti käyttämään erilaisia menetelmiä. Verkkovuorovaikutustaidot katsottiin myös tärkeäksi. Tämä tarkoittaa sitä, että työntekijän kykenee tulkitsemaan asiakkaan lähettämiä viestejä oikein sekä kykyä ohjata asiakasta kuvaamaan tilannettaan ja ilmaisemaan itseään kirjallisesti lyhyesti ja selkeästi. (Sihvo ym. 2014.)

Taulukko 1. Sairaanhoidajan/terveydenhoidajan/työterveyshoitajan sähköisten terveystalvelujen käyttöön liittyvät osaamisalueet ja osaamisvaatimukset.

OSAAMISALUEET	OSAAMISVAATIMUKSET
Tieto- ja viestintätekniset taidot	Tieto- ja viestintätekniikan perustaidot Luotettavan tiedon haku ja hyödyntäminen asiakastyössä. Sähköisen toimintaympäristön kehittäminen ja sisällön päivitys. Sähköisten sovellusten ja palvelujen käyttö ja hallinta. Mobiilipalvelujen käytön osaaminen.
Vuorovaikutteinen verkkoviestintä ja vuorovaikutustaidot	Verkkoviestintäosaaminen.
Itsensä johtaminen ja asiantuntijuus	Muutososaaminen. Oman työn kehittämisosaaminen. Ajan hallinta.
Myönteinen asenne sähköisten palvelujen ja tietotekniikan käyttöön	Innostus ja motivaatio. Sitoutuminen yhdessä sovittujen sähköisten palvelujen käyttöön. Joustavuus sekä halu oppia ja kokeilla uutta.
Laaja-alainen palvelukokonaisuusajattelu	Tietoisuus vaikuttavista sähköisistä palveluista ja niiden hyödyntämisestä asiakastyössä. Asiakkaan palveluvaihtoehtojen näkeminen. Yksilöllisesti/asiakaslähtöisesti kohdennettu palveluosaaminen. Verkosto- osaaminen
Palvelujen asiakaslähtöinen ja moniammatillinen ketterä kehittämisosaaminen ja käyttöönotto	Asiakaslähtöisyyden ymmärtäminen. Sähköisten palvelujen asiakaslähtöinen kehittäminen ja käyttöönotto. Palvelujen arviointiosaaminen. Moniammatillinen kehittämisosaaminen. Hyvien käytänteiden jakaminen Työyhteisön kehittäminen. Alueellinen kehittäminen.
Monikanavainen terveysvalmennus ja ohjausosaaminen	Asiakkaan ohjaus ja valmennus sähköisten palvelujen käyttöön. Sähköisten palvelujen monikanavainen markkinointi. Sähköisten palvelujen hyödyntäminen asiakkaan omahoitoon ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Asiakkaan ohjauksen tarpeen ja hyödyn yksilöllinen arviointi. Erilaisten sähköisten palvelujen ohjausmenetelmien suunnittelu ja toteutus huomioiden erilaiset asiakkaat ja asiakasryhmät. Ohjauksen arviointi.

(Sihvo;Jauhiainen;& Ikonen, 2014 s. 63)

2.1 Johtamisen hyvät käytännöt

Tutkimus tunnistaa lukuisia johtamiseen liittyviä hyviä käytäntöjä, jotka edesauttavat uusien palveluiden käyttöönotossa. Digitalisaation myötä on luotava uusi tekemisen meininki, asenne ja kulttuuri, jolloin tärkeintä on ymmärtää digitalisaation merkitys omalle liiketoiminnalle, tehdä päätökset ja toteuttaa ne. (Ilmarinen & Koskela, 2015.) Käytännön toteutuksen kannalta on asetettava realistiset ja konkreettiset tavoitteet sekä kehityskohteet sekä organisaatiolle että henkilöstölle. Tavoitteiden tulee perustua mitattaviin tuloksiin ja organisaatiolla pitää olla oikeanlainen tilannekuva niiden edistymisestä (STM 2016). Johtajalla on oltava selkeä visio uudistettavista hyödyistä ja

päämääristä. (Ingebrigtsen ym. 2014, STM 2016.) Päätösten hyödyt tulee pystyä konkretisoimaan ja viestimään selkeästi (Esmaeilzadeh & Sambasivan, 2016, STM 2016). Kaikkiaan digitalisaation hyödyt syntyvät toiminnan uudistamisesta ja se tulee muuttamaan työtä (Koski ym. 2001, Pajarinen & Rouvinen, 2014, STM 2016).

Ammattiryhmät pitäisi ottaa mukaan eri vaiheissa uudistusta suunniteltaessa (Cresswell & Sheikh , 2013) sillä osallistuminen projektiin jo varhaisesta vaiheesta lähtien sitouttaa henkilökunnan muutokseen ja varmistaa, että kehitettävä ratkaisu on käyttäjien ja organisaation tarpeiden mukainen (Sligo ym. 2017). Henkilökunta tarvitsee riittävästi koulutusta ja monimuotoista tukea muutostilanteessa. Koulutusta ja tukea tulee olla tarjolla myös uudistuksen käyttöönoton jälkeen (Ludwick & Doucette, 2009.) Riittävä tekninen tuki auttaa ammattilaisia selviytymään ongelmatilanteissa (Esmaeilzadeh & Sambasivan, 2016).

Käyttöönottoon on sitouduttava joka tasolla ja se on priorisoitava (Ingebrigtsen ym. 2014). Käyttöönottovaiheeseen on hyvä varata erikseen työaikaa, koska työntekijät joutuvat työnsä ohessa opettelemaan uuden teknisen ratkaisun käyttöä ja uutta työtapaa (Cresswell & Sheikh , 2013). Parhaaksi havaitut ratkaisut pitää voida toteuttaa ketterästi (Ilmarinen & Koskela 2015, STM 2016).

Johdon ei tarvitse olla itse digiosaaja, mutta sen tulee luoda yritykselle kulttuuri, joka luo tilaa ja janoa digitalisaation rakentamiselle. Johtaja voi johtaa digitaalista muutosta itse tai muutosta voi koordinoida digitalisaation osaaja. (Ilmarinen & Koskela, 2015.)

Digitalisaatio on myös luopumisen ja poisoppimisen johtamista. Ajoitus, vaiheistus ja hyvä ihmisten johtaminen tulee huomioida johdettaessa muutosta kohti digitaalista maailmaa. (Ilmarinen & Koskela, 2015.) STM:n linjauksissa korostetaan kokeilukulttuurin keskeneräisyyden ja epäonnistumisten sietämistä. Tavoitteena on, että digitaaliset palvelut ovat luonnollinen osa palveluketjua. Työn automatisoinnin ja järjeistämisen myötä aikaa ja resursseja säästyy sekä vapautuu monimutkaisiin, asiakaskeskeisiin ja luovuutta vaativiin tehtäviin. (STM 2016.)

Ohjauksen, mittareiden ja palkitsemisen pitää kannustaa asiakaslähtöisyyteen, muutosvalmiuteen ja kokeiluihin. Asiakastarpeita ja -palautetta tulee kuunnella jatkuvasti

ja siihen pitää reagoida nopeasti ja turhaa digitalisointia on vältettävä. (STM 2016.) Siiloja tulee purkaa organisaation sisällä ja myös avainkumppanit tulisi saada mukaan yhteistyöhön (Ilmarinen & Koskela, 2015).

2.2. Sähköiset terveyspalvelut ja digitalisaatio

Sähköiset terveydenhuoltopalvelut (eHealth) tarkoittavat terveydenhuoltoalan välineitä ja palveluja, jotka hyödyntävät tieto- ja viestintätekniikkaa (ICT) ja joiden pyrkimyksenä on parantaa sairauksien ehkäisyä, diagnosointia, hoitoa, seuranta ja terveydenhuollon hallintoa (Euroopan komissio, 2019). Digitalisaation avulla palveluita myös voidaan tuottaa täysin uusilla tavoilla ja tehostaa prosesseja. IT-ratkaisut, sähköiset palvelut ja digitalisaatio ovat välineitä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden paremmalle palvelulle sekä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiselle ja kehittämiselle. Niiden avulla on tarkoitus tukea kansalaisten mahdollisuuksia itse ylläpitää toimintakykyään ja terveyttään. (Valtionvarainministeriö, 2017.)

Digitalisaatiolle ei ole olemassa vakiintunutta ja yksiselitteistä määritelmää sille, mitä se tarkoittaa. Se näyttäytyy toimintatavan tai prosessin muutoksena käyttäen hyväksi uusinta teknologiaa. Digitalisaatio ja digitointi voidaan määritellä muun muassa seuraavasti;

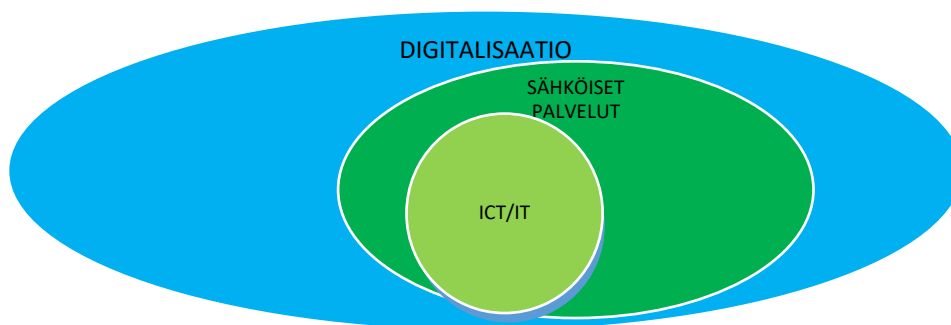
Digitalisaatio tarkoittaa digitaalitekniikan integrointia osaksi elämän jokapäiväisiä toimintoja hyödyntämällä kokonaisvaltaisesti digitoinnin mahdollisuuksia. Digitointi puolestaan tarkoittaa erilaisessa muodossa, kuten kuvana, tekstinä tai äänenä, olevan analogisen informaation muuttamista digitaaliseen muotoon elektronisten välineiden avulla siten, että informaatiota voidaan käsitellä, varastoida ja siirtää digitaalipiirien sekä digitaalisten laitteiden ja tietoverkkojen avulla. Digitalisaatiossa on kyse yhteiskunnallisesta prosessista, jossa hyödynnetään teknologisen kehityksen uusia mahdollisuuksia.

(Alasoini, 2015, Ilmarinen & Koskela, 2015)

STM (2016) ja valtionvarainministeriö (2017) määrittelevät digitalisaation toimintatapojen uudistamisena sekä sisäisten prosessien digitalisointina ja palveluiden sähköistämisenä tietotekniikan avulla. Toiminnan ytimessä on käyttäjälähtöisyys. Juha Itkonen (2015) on määritellyt blogissaan digitalisaation yksinkertaisimmin ja kansantajuisimmin:

Digitalisaatio tarkoittaa tiedon tallentamista, siirtämistä ja käsittelyä tietokoneiden ymmärtämässä muodossa, mutta käsitteellä viitataan myös laajemmin taloudelliseen ja yhteiskunnalliseen muutosprosessiin, joka on seurausta tieto- ja viestintätekniikan (ICT) kehityksestä.

Näyttäisi siis ettei ole olemassa digitalisaatiota ilman ICT:tä, ja kaikki digitalisaatio on ICT:tä. Digitalisaatio on uusiin termiin tietotekniikan hyväksikäytön yhteenlinjaamiselle ja sisältää sähköiset palvelut. Kuviossa 1. hahmotellaan digitalisaation, sähköisten palvelujen ja ICT:n suhdetta toisiinsa.



Kuvio 1. IT:n, sähköisten palveluiden ja digitalisaation suhde

2.3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata miten hoitotyön ammattilaiset kokevat Oirearvioiden käytön, millaisia hyötyjä ja haasteita ammattilaiset kokevat Oirearviopalvelun käytössä ja miten johtamisen hyvät käytännöt toteutuvat perusterveydenhuollon tasoisessa yksikössä digitaalisten palvelujen käyttöönoton jälkeen Oirearvioiden osalta. *Hoitotyön ammattilainen* on tässä tutkimuksessa terveydenhuollossa toimiva henkilö, joka on laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö ja joka on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1200/2007). Tämän tutkimuksen ammattilaiset ovat sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, fysioterapeutteja ja lääkäreitä. *Yksiköllä* tarkoitetaan terveysasemaa, työterveyshuoltoa tai muuta perusterveydenhuollon toimintaympäristöä.

Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, miten Oirearviopalvelun käyttö on alkuvaiheessa toteutunut ja mihin seikkoihin on syytä kiinnittää huomiota, jotta palvelun käyttö on sujuvaa ja mielekästä hoitotyön ammattilaisen näkökulmasta katsottuna.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten hoitotyön ammattilaiset ovat kokeneet Oirearvioiden käyttöönoton?
2. Millaisia hyötyjä hoitotyön ammattilaiset kokevat Oirearvioiden käytössä omassa työssään ja yksikkönsä tasolla?
3. Millaisia haasteita hoitotyön ammattilaiset kokevat Oirearvioiden käytössä omassa työssään ja yksikkönsä tasolla?
4. Miten johtamisen hyvät käytännöt ovat toteutuneet Oirearvioiden käyttöönotossa hoitotyön ammattilaisen näkökulmasta tarkasteltuna?

Tutkimuksen määrällisen osion teemoina olivat hoitotyön ammattilaisten kokemukset Oirearviopalvelusta, arvio palvelun vaikutuksesta omaan työhön ja ammattirooliin, vaikutukset asiakkaisiin, millaista palvelua on ollut käyttää ja miten käyttöönotto on toteutunut ammattiyksikössä.

3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 ODA-projekti

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lukuisia palveluja pyritään kehittämään ja tehostamaan erilaisten laajojen hankkeiden avulla. Omat digitaalisen hyvinvointipalvelu (ODA) -projekti toteutettiin 1.1.2016–31.12.2018. Projekti oli osa hallitusohjelmaa ja Sotetieto hyötykäyttöön -strategiaa toteuttava kärkihanke. Projektin tavoitteena oli, että itsepalvelua ja automaatiota lisäämällä joitakin ammattilaisten perinteisesti tekemiä tehtäviä voidaan nopeuttaa, siirtää kansalaisten itsensä tekemiksi tai automatisoida kokonaan. Projektissa kehitettiin Omaolo-palvelua eli sähköisiä terveys- ja hyvinvointipalveluja valtakunnalliseen käyttöön. Projektissa olivat mukana Espoo, Helsinki, Turku, Tampere, Oulu, Joensuu, Hämeenlinna, Kuopio, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, Porvoo, Sodankylä, Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Oirearviot etenivät asiakastestaukseen kesäkuussa 2018 ja ensimmäiset kolme arviota ovat käytössä Oulussa, Tampereella, Hämeenlinnassa, PHhyky:ssä (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä), VSSHP:ssä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri) ja Helsingissä. (Kuntaliitto.fi 2018.)

3.2 Omaolo-palvelu

Omaolo-palvelun avulla kehitetään sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyttä, hoidon ja palvelun tasalaatuisuutta sekä tuottavuutta. Asiakaslähtöisyys paranee, kun henkilön oma rooli vahvistuu hänen osallistuessaan palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen. Palvelut ovat henkilökohtaisempia, ja ne ovat verkon kautta saatavilla ajasta ja paikasta riippumatta. Lisäksi henkilön omien tietojen tuominen virallisten potilas- ja asiakastietojen rinnalle vahvistaa hänen rooliaan ja mahdollistaa hoidon- ja palvelun paremman seurannan, kun ne voidaan osaksi automatisoida. Hoidon ja palvelun laatu paranee, kun prosessit yhdenmukaistuvat ja perustuvat yhtenäisiin määrittelyihin ja kriteeristöihin palveluohjauksesta. Ammattilaiset saavat enemmän ja aikaisemmin tietoa asiakkaista ja voivat näin valmistautua vuorovaikutustilanteisiin paremmin. Tuottavuus paranee palveluprosessien automatisoinnilla samalla kun ammattilaisten työpanosta vapautuu rutiineista asiakkaan kohtaamiseen. Palvelukokonaisuus muuttaa perinteistä

puhelin- ja vastaanottokeskeistä toimintamallia merkittävästi. Laajennetun palveluvalikoiman myötä kansalaisille tarjotaan kehittyneitä sähköisiä palveluja ja sen lisäksi kuvien ja videoyhteyksien sekä viestinvälityksen kautta saadaan yhteys ammattilaiseen. Keskeistä on taata tarkoituksenmukainen palvelu kunkin kansalaisen yksilölliseen tilanteeseen. (SoteDigi 2019.)

3.3 Älykäs Oirearvio

Älykäs Oirearvio auttaa, kun asiakkaalla on yksittäinen terveyteen liittyvä ongelma tai oire, vaikkapa ylähengitystietulehduksen, virtsatieinfektion tai alaselän oireita. Asiakas kuvaa oireensa ja saa tuloksena toimintasuosituksen, esimerkiksi itsehoito-ohjeita, sähköisen reseptin tai ajanvarausoikeuden. Jos asiakas ohjautuu ammattilaiskontaktiin, saa ammattilainen asiakkaan oirekuvauksen ja toimintasuosituksen käyttöönsä ennen kontaktia. (Kuntaliitto.fi, 2018.) Oirearvion antamat suositukset ovat aina henkilökohtaisia ja ne perustuvat tieteelliseen näyttöön. Oirearvioiden avulla halutaan parantaa terveyspalvelujen saatavuutta, laatua, tuottavuutta ja asiakastyytyväisyyttä. Ammattilainen saa taustatietoa asiakkaasta hänen itsensä kirjaamana kattavasti etukäteen ja tapaamisella voidaan keskittyä hoitoa ja palvelua vaativiin asioihin yhdessä asiakkaan kanssa. Rutiininomaiset asiat voidaan hoitaa osin automaattisesti ja asiakkaalle annetaan työkaluja ratkaista itsenäisesti sellaisia asioita, joissa ammattilaisen mukanaolo ei ole välttämätöntä. Näin aikaa säästyy niiden asiakkaiden palvelemiseen, jotka ei syystä tai toisesta halua tai pysty sähköisiä palveluja hyödyntämään, sekä sellaisten asioiden ratkaisemiseen, jotka vaativat henkilökohtaisen kontaktin ammattilaisen kanssa. Tavoitteena on, että asiakas on oikeaan aikaan oikealla ammattilaisella. (ODA, 2018.)

3.4 Tutkimuksen kohderyhmä

Tämän tutkimuksen vastaajina toimivat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, fysioterapeutit ja lääkärit, eli ne hoitotyön ammattilaiset, jotka työskentelevät perusterveydenhuollon tasolla ja jotka käyttävät työssään Oirearviopalvelua tai vastaavaa palvelua. Jos kysely tavoittaa jonkin muun hoitoalan ammattilaisryhmän, joka käyttää Oirearvioita työssään, heidän vastauksensa huomioidaan myös. Kohdejoukon valinta on tarkoituksenmukaista, sillä tiedonantajiksi valittiin henkilöitä, joilla on asiasta tietoa tai omakohtaista kokemusta (Polit & Bect, 2011). Tutkimus rajataan Oirearviota käyttäviin hoitotyön ammattilaisiin, sillä digitaalisia palveluja ovat myös esimerkiksi chatpalvelu ja omahoitoon liittyvät

palvelut. Oirearviot ovat tulleet terveydenhuoltoon ihan viimeisimpien digitaalisten innovaatioiden myötä.

3.5. Tutkimusmenetelmät

Lupa kysymysrungon käyttöön on saatu Aalto-yliopiston tutkijatohtori Sari Kujalalta, joka on laatinut sen tutkijaryhmänsä kanssa omaan artikkelitutkimuksiinsa ”Health professionals’ expectations of a national patient portal for self-management” (Kujala ym. 2018b) ja ”Johtamisen hyvät käytännöt sähköisten omahoitopalveluiden käyttöönotossa” (Kujala 2018a). Tutkijaryhmä kysyi ammattilaisten, esimiesten ja johtajien odotuksista ennen palveluiden käyttöön ottoa. Kysymykset tähän tutkimukseen muokattiin yhdessä Sari Kujalan kanssa kahdesta eri tutkimuskysymyspatteristosta; kysely ammattilaisille ja kysely esimiehille ja johtajille. Osa alkuperäisistä kysymyksistä jätettiin pois ja sähköiset omahoitopalvelut korvattiin käsitteellä Oirearvio.

Tutkimuksen aineisto kerättiin Webropol verkkokyselynä strukturoiduin kysymyksin. Kysymykset muodostavat tutkimuksen määrällisen osion. Tutkimuksessa kysytään myös kolme avointa kysymystä, jotka muodostavat tutkimuksen laadullisen osion. Tutkimusongelmia lähestyttiin monimenetelmäisesti, sillä vastauksia ei voitu saada yhtä tutkimusmenetelmää käyttäen. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää yleensä riittävän suurta ja edustavaa otosta (Heikkilä, 2014) ja vastaajien määrän tiedettiin olevan pieni, jolloin yksistään määrällinen tutkimus ei olisi ollut riittävä aineiston käsittelemiseksi luotettavasti. Monimenetelmätutkimus yhdistää määrällisen ja laadullisen metodologian. (Sormunen ym. 2013.)

Aineiston keruussa käytettiin strukturoitua tutkimuslomaketta kuusiportaisen Likert-asteikon mukaisesti. (Holopainen & Pulkkinen, 2013.) Likert-asteikko on kyselylomakkeissa usein käytetty vastausasteikko, jolla mitataan havaintoyksikkönä olevan henkilön asennetta tai mielipidettä (Vilkkä, 2017). Asteikossa oli joukko erilaisia väittämiä, jotka ilmaisivat sekä kielteistä että myönteistä asennetta kysyttävään asiaan (Heikkilä, 2014).

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä (Holopainen & Pulkkinen, 2013). Asioita kuvattiin numeeristen suureiden lukujen ja frekvenssien avulla,

mutta tästä aineistosta ei selvitetty eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiöissä tapahtuneita muutoksia. Frekvenssillä kuvatiin havaintojen lukumäärää jossakin ryhmässä, luokassa tai koko aineistossa. (Heikkilä 2014.) Pienissä aineistoissa kuvailuun oli tarpeen käyttää myös absoluuttisia lukuja, mutta suuremmissa kyselyaineistoissa riittävät prosentuaaliset tarkastelut. Kaikissa tapauksissa tulee aina ilmoittaa kantalukuina olevat havaintoyksikköjen (n) määrät. (KvantiMOTV, 2016.)

Tutkimusmenetelmäksi valittiin *kysely*, koska se on yleinen tutkimusmenetelmä, ja sen avulla saadaan helposti kerättyä laajasti tietoa tutkittavasta aiheesta. Menetelmänä kysely on tehokas ja helppo. Huonona puolena voidaan pitää sitä, että kyselyn avulla kerätty tieto on usein pinnallista. (Ojasalo ym. 2015.) Kysymyslomakkeen käyttö nopeutti prosessia, tarkensi tietojen tallentumista ja nopeutti tulosten käsittelyä. Lomakkeen ansiosta vastauksista tuli yhdenmukaisia ja se minimoi vastaajien ponnisteluja ja tulkintavirheitä, joita suoralla haastattelulla voidaan tehdä tulkittaessa vastaajan joskus epämääräisiäkin vastauksia. (Holopainen & Pulkkinen, 2013.) Kyselylomaketta ei tarvinnut suunnitella alusta asti vaan tutkimuksessa käytettiin ja muokattiin kahta valmista kyselylomaketta.

Kysymykset muotoiltiin niin, että ne olivat helposti ymmärrettäviä eivätkä johdatelleet vastaajaa eikä kyselyn annettu paisua liian monisivuiseksi. Kysely testattiin ammattilaisella, näin voitiin vakuuttua siitä, että vastaaja ja kysymysten asettaja ymmärsivät kysymykset samalla tavoin. (Ojasalo ym. 2015.)

3.6 Aineiston keruu

Kysymyspatteristo (liite 1) laadittiin marraskuussa 2018 ja testattiin hoitotyön ammattilaisella, joka oli fysioterapeutti, joulukuussa 2018. Kyselylomaketta ei tarvinnut testaamisen jälkeen muuttaa ja vastausta voitiin käyttää tutkimuksessa. Tutkimusluvut (liite 9) haettiin joulukuun 2018 ja tammikuussa 2019 (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012). Kysely toteutettiin ODA-projektin kaupungeissa, jotka ovat ottaneet Oirearviot käyttöön vuoden 2018 aikana. Tutkimuksessa mukana ollut työterveyshuolto käyttää vastaavaa palvelua, mutta se on tuotettu yksikön omana tuotantona ja ollut käytössä tutkittavista yksiköistä pisimpään eli koko vuoden 2018. Analysointi tapahtui maaliskuun 2019 aikana ja raportointi huhtikuun 2019 loppuun mennessä. Tutkimus oli valmis toukokuun 2019 loppuun mennessä.

Taulukossa 2. on kuvattu paikkakunnat, yksiköt, päivämäärät, milloin kyselyt lähetettiin ja kuinka monelle mahdolliselle vastaajalle kysely välitettiin. ODA-projektikoordinaattorit lähettivät kyselyt vastaajille sähköpostin kautta. Viestissä oli saatekirje, missä oli tietoa kyselystä ja linkki kyselyyn (liite 2). Työterveyshuollon kysely lähetettiin tutkijan kautta. Verkkokyselyn lähetettiin sitä mukaan kuin tutkimusluvut myönnettiin. Kyselyt lähetettiin kahteen kertaan, jotta vastauksia saataisiin enemmän. Helsinkiin ja Hämeenlinnaan kysely lähetettiin kolmesti, sillä vastausprosentti näissä paikoissa oli erittäin matala (alle 10 %) kahden kyselykierroksen jälkeen suhteessa mahdollisiin vastaajiin. Kaikkiaan kysely lähetettiin 376 mahdolliselle vastaajalle.

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneet yksiköt

Paikkakunta	yksikkö	I kysely	II kysely	III kysely	n
Oulu	työterveys	16.12.2018	10.1.2019	-	70
Oulu	hyvinvointikeskus	7.1.2019	20.1.2019	-	28
Helsinki	terveysasema	8.1.2019	20.1.2019	15.2.2019	70
Hämeenlinna	terveysasema	7.1.2019	22.1.2019	15.2.2019	152
Tampere	terveysasema	15.1.2019	31.1.2019	-	51
PHhyky	terveysasema	8.2.2019	4.3.2019	-	5
Varsinais-Suomi	päivystys	15.2.2019	4.3.2019	-	x
Yht.					376

3.7 Aineiston analyysimenetelmät

Tutkimusaineistoa määrällinen aineisto käsiteltiin tutkimuksen analyysivaiheiden mukaisesti. Analyysi aloitettiin kriittisellä tutkimuskysymyksen fokusoimisella sekä tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden kirkastamisella. Tässä vaiheessa tutkimuskysymykset tarkentuivat lopulliseen muotoon. Vastausten laatu ja vastauskato tarkastettiin. (Vilkka, 2017.) Aineisto oli kuvailevaa ja esitettiin lukuina, prosentteina ja grafiikkana (Holopainen & Pulkkinen, 2013). Määrällisen osion aineisto ja grafiikka käsiteltiin tilastomatematiikkaopiskelijan avustamana käyttäen R-tilasto-ohjelman versiota 3.5.1.

Tutkimuksen laadullisen osion analyysimenetelmäksi tarkentui induktiivinen, aineistolähtöinen, sisällönanalyysi, jolloin aineisto hajoitettiin käsitteellisiksi osiksi ja synteesin avulla osat koottiin uudelleen tieteellisiksi johtopäätöksiksi (Grönfors, 2011). Sisällönanalyysi on yleisin laadullisessa tutkimuksessa käytetty menetelmä, jolla kuvataan tutkittavaa ilmiötä luotettavasti (Kynäs ym. 2011) ja yleisin hoitotieteen

tutkimuksissa käytetty menetelmä (Kyngäs ym. 2011, Polit & Bect, 2011, Ruusuvuori ym. 2014). Tämä analysointitapa sopii tapauksiin, joista ei ole paljon aiempaa tutkimusta tai joissa aineisto on hajanaista. Sisällönanalyysin avulla pystyttiin rakentamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaava malli käsitteellisessä muodossa. (Elo & Kyngäs, 2008.)

Avoimista kysymyksistä muodostunut tekstiaineisto siirrettiin määrällisestä osiosta erilliseen tiedostoon. Aineistosta valittiin tarkasteluun alkuperäisilmauksia, jotka olivat sanan tai lauseen muodostamia kokonaisuuksia ja vastasivat tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Näitä pelkistettyjä ilmauksia luokiteltiin yhtäläisyyksien ja eroavuuksien mukaan alaluokiksi. Kukin alaluokka nimettiin sitä kuvaavalla nimellä. Analyysiä jatkettiin edelleen yhdistelemällä samansisältöiset alaluokat toisiinsa muodostaen pääluokat. (Tuomi & Sarajärvi, 2017.) Avoimet kysymykset koodattiin työstövaiheessa numeroin, mikä helpotti laadullisen sisällön analysointia, tulkintaa ja käsittelyä (Jacoby & Siminoff 2009).

4. TUTKIMUKSEN RAPORTTI

4.1. Määrällisen osan raportti

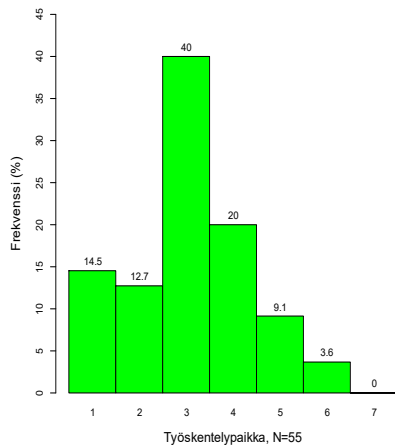
Kysely lähetettiin 376 vastaajalle, ja hyväksyttyjä vastauksia saatiin 56 kappaletta. Palautusprosentiksi jäi 14.8 %. Puutteellisia vastauksia, jotka ohjelma jätti automaattisesti pois aineistosta, oli yhdeksän kappaletta, 13 % vastauksista.

4.1.1 Taustatiedot

Sukupuolen vastaajista ilmoitti 81 %, heistä naisia oli 73.8 % (48) ja miehiä 7.7 % (5), Ikäjakamaa asettui välille 26–62 v, keski-ikä ollessa 43.8 vuotta. Vastaajista 46.4 % (26 kpl) oli sairaanhoitajia (taulukko 3). Vastaajista 40 % oli Oulusta (kuvio 2) ja vähiten vastauksia saatiin Varsinais-Suomesta (VSSHP) 3.6 %. Päijät-Hämeen kuntayhtymässä (PHhyky) ammattilaiskäyttäjää on viisi ja heistä kaikki vastasivat kyselyyn. Vastaajista yli puolet (55,5 %) ei käytä työssään Oirearviopalvelua päivittäin tai viikoittain (taulukko 4) vaan harvemmin. Oirearviopalvelun suunnitteluun ilmoitti ODA-projektin yhteydessä osallistuneen 28 % (16) vastaajaa ja oman yksikön sisäiseen suunnitteluun oli osallistunut 24 % (24) vastaajaa. Kymmenen vastaajaa oli osallistunut molempiin projekteihin.

Taulukko 3. Vastaajien ammattijakauma

Ammattijakauma	lukumäärä	%
Terveystenhoitaja	14	25
Sairaanhoitaja	26	46,4
Fysio/toimintaterapeutti	9	16,1
Lääkäri/Hammaslääkäri	4	7,1
Muu	3	5,4
Kokonaismäärä	56	100 %



Kuvio 2 Työskentelypaikkakunnat

- 1=Helsinki: kahdeksan vastausta
 2=Tampere: seitsemän vastausta
 3=Oulu: 22 vastausta
 4=Hämeenlinna: viisi vastausta
 6=VSSH: kaksi vastausta
 7=ei ilmoittanut paikkakuntaa: yksi vastaus

Taulukko 4. Kuinka usein käytät oirearviopalvelua

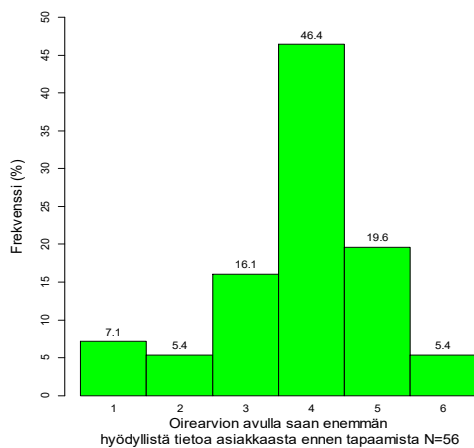
Kuinka usein käytät	lukumäärä	%	yht.%
Päivittäin	10	17.8	42,8
Viikoittain	14	25	
1-2 kertaa kuukaudessa	20	35,7	55,5
Olen kokeillut	11	19.6	
En ole käyttänyt	1	1,7	1,7
N	56	100	100

4.1.2 Oirearvio vaikutus omaan työhön

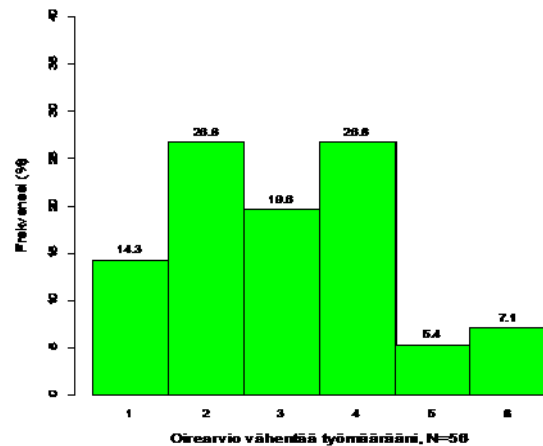
Tämän otsikon alle yhdistettiin kysymykset 1 ja 4, koska ne kuvaavat hyvin paljolti sama asiaa. Vastaajat kokivat, että Oirearvion avulla asiakkaasta saadaan enemmän hyödyllistä tietoa ennen vastaanotolle saapumista, 66 % oli melko tai täysin tätä mieltä ja reilu 12 % vastakkaista mieltä (kuvio 3) Työmäärän vähentymisestä täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä oli reilu 32 % ja täysin eri tai melko erimieltä noin 41 % vastaajista. Neutraalin arvion esitti vajaa 20 % vastaajista (kuvio 4). Rutiinitöiden vähenemisen kohdalla saatiin suunnilleen samat prosenttiosuudet (kuvio 5). Asiakaskohtaamiselle enemmän aikaa jättävään kysymykseen tuli melko tasaisesti vastauksia. Väittämästä oli täysin eri mieltä vain noin viisi prosenttia (kuvio 6).

Noin 50 prosenttia vastaajista oli melko samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että Oirearvio vastaa heidän vaatimuksiaan (kuvio 7). Käyttöä täysin turhauttavana tai melko turhauttavana piti vain alle 20 prosenttia vastaajista (kuvio 8) Oirearvion helppokäyttöisyydestä oli täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä noin 80 % vastaajista (kuvio 9).

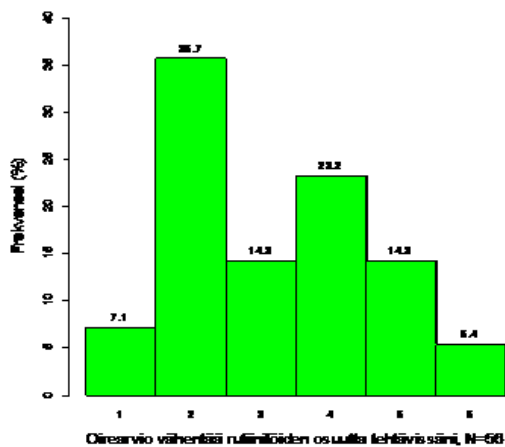
1= Täysin eri mieltä, 2= Melko eri mieltä, 3= En samaa enkä eri mieltä, 4= melko samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä, 6= en osaa sanoa



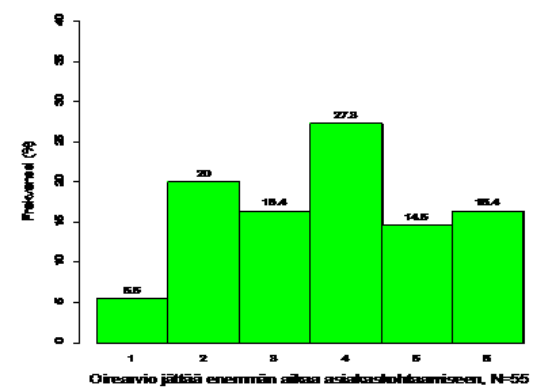
Kuvio 3. Enemmän hyödyllistä tietoa ennen tapaamista



Kuvio 4. Vähentää työmäärräni

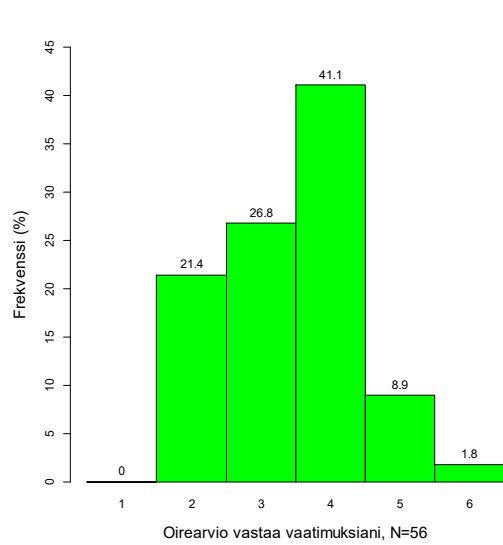


Kuvio 5. Vähentää rutiinitöiden osuutta

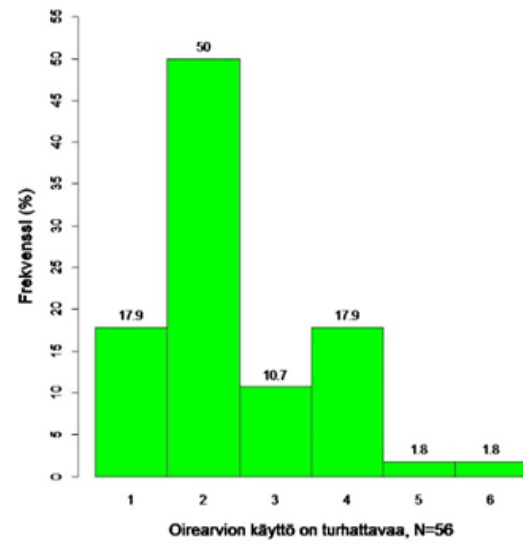


Kuvio 6. Enemmän aikaa asiakaskohtamiseen

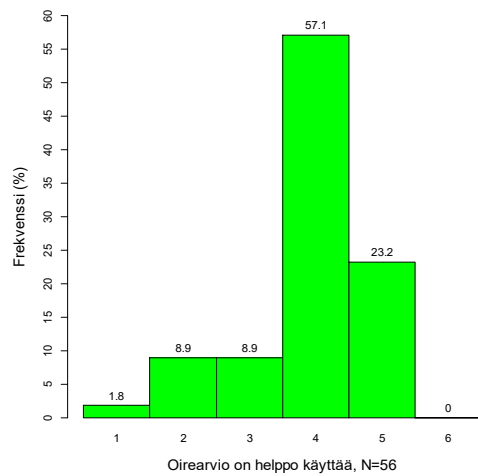
1= Täysin eri mieltä, 2= Melko eri mieltä, 3= En samaa enkä eri mieltä, 4= melko samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä, 6= en osaa sanoa



Kuvio 7. Vastaa vaatimuksiani



Kuvio 8. käyttö turhauttavaa

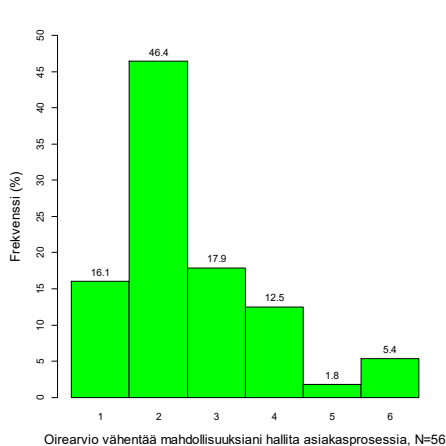


Kuvio 9. Helppo käyttää

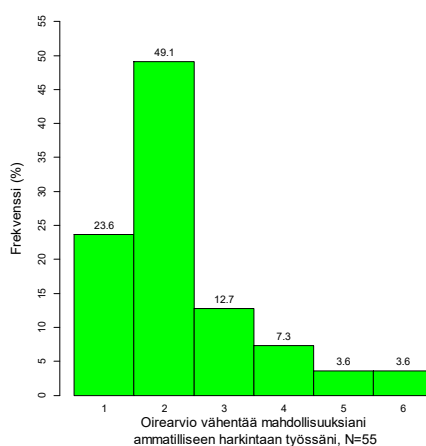
4.1.3 Oirearvion vaikutus ammattirooliin

Vastaajat olivat väitteistä ”vähentää asiakasprosessin hallintaa” täysin tai melko eri mieltä reilussa 62 prosentissa vastauksissa (kuvio 10). Yli 72 prosenttia oli täysin tai melko eri mieltä siitä, että Oirearvio vähentää heidän mahdollisuuksiaan ammatilliseen harkintaan (kuvio 11).

1= Täysin eri mieltä, 2= Melko eri mieltä, 3= En samaa enkä eri mieltä, 4= melko samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä, 6= en osaa sanoa



Kuvio 10. Vähentää mahdollisuuksia hallita asiakasprosessia

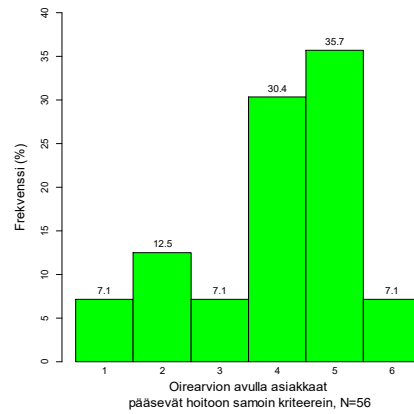
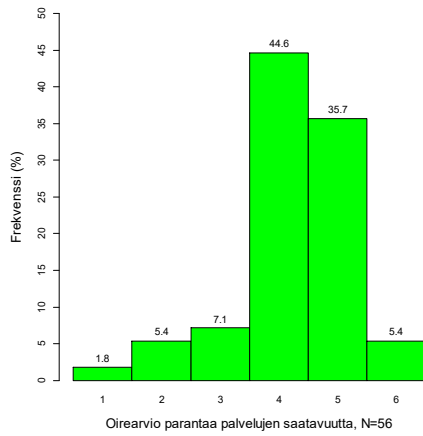


Kuvio 11. Vähentää mahdollisuuksia ammatilliseen harkintaan

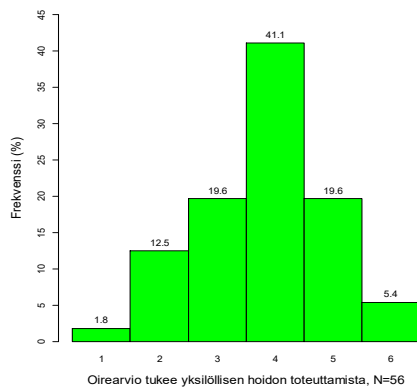
4.1.4 Oirearvion vaikutus yksikön asiakkaisiin

Vastaajat olivat samaa ja melko samaa mieltä yli 80 %:sti siitä, että Oirearvio parantaa hoidon saatavuutta (kuvio 12). Pääsystä hoitoon samoin kriteerein (kuvio 13) oli samaa mieltä tai melko samaa mieltä yli 66 % vastaajista. Yli 60 % oli samaa tai melko samaa mieltä siitä, että Oirearvio tukee yksilöllisen hoidon toteutumista (kuvio 14). Nämä ovat arvoja, joita palvelun tavoitteeksi on asetettu. He myös arvioivat, että asiakkaat ovat ennemmin halukkaita käyttämään palvelua kuin että eivät olisi (kuvio 15). Tähän tosin mielipidettään ei osannut sanoa 16 prosenttia vastaajista. Vastaajista yli 48 % oli samaa tai melko samaa mieltä siitä, että yli puolet asiakkaista osaa käyttää Oirearviota. Täysin tai melko erimieltä tästä oli reilu 30 prosenttia vastaajista (kuvio 16).

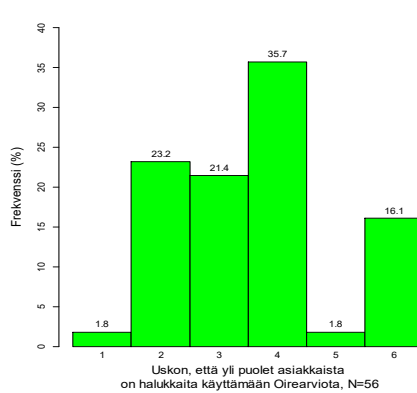
1= Täysin eri mieltä, 2= Melko eri mieltä, 3= En samaa enkä eri mieltä, 4= melko samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä, 6= en osaa sanoa



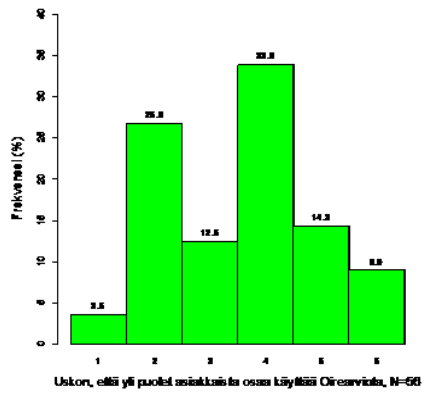
Kuvio 12. Parantaa saatavuutta kuvio 13. Hoitoon samoin kriteerein



Kuvio 14. Tukee yksilöllisen hoidon toteutumista



Kuvio 15. Halukkaita käyttämään

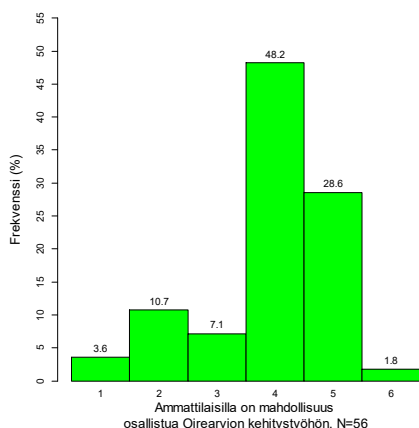


Kuvio 16. Osaa käyttää

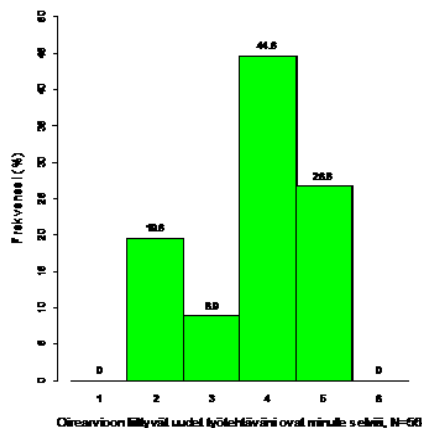
4.1.5 Oirearvion käyttöönoton toteutuminen yksikössä

Johtamisen hyviin käytäntöihin liittyen vastaajat arvioivat, että heillä on ollut mahdollisuus osallistua palvelun kehitystyöhön (kuvio 17). 78 % oli tästä melko tai täysin samaa mieltä. Yli 71 % koki, että työtehtävät olivat selkeitä tai melko selkeitä (kuvio 18). Toisaalta avoimissa vastauksissa annettiin viitteitä muusta, esimerkiksi työnjaossa tuotiin esille haasteita. Teknistä tukea on tarjolla noin 50 %:lle vastaajia, mutta 14 % ei osannut arvioida tätä lainkaan (kuvio 19). Noin 55 % vastaajista koki saaneensa riittävästi koulutusta, tästä oli täysin tai melko eri mieltä noin kolmannes vastaajista (kuvio 20). 80 % vastaajista koki, että Oirearviopalveluiden tavoitteet ovat selkeät tai melko selkeät (kuvio 21). Tasan puolet vastaajista arvioi, että palvelun käyttöönotolle ei ole varattu erikseen aikaa, vastakkaista mieltä on lähes 34 % (kuvio 22). Resurssien riittävydestä Oirearvion käytölle vastaajat olivat kutakuinkin tasan samaa mieltä puolesta ja vastaan (kuvio 23). Laadullisissa vastauksissa heijastelee kuitenkin selkeästi, että työmäärä on kasvanut ja resursseja palvelun käyttöönotolle on varattu liian vähän.

1= Täysin eri mieltä, 2= Melko eri mieltä, 3= En samaa enkä eri mieltä, 4= melko samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä, 6= en osaa sanoa

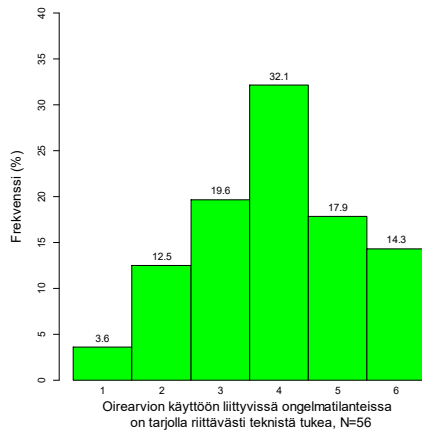


Kuvio 17. Mahdollisuus osallistua kehitystyöhön

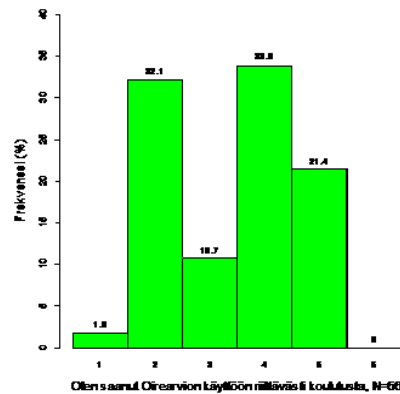


Kuvio 18. Työtehtävät selkeitä

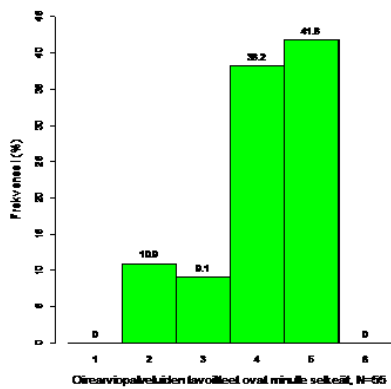
1= Täysin eri mieltä, 2= Melko eri mieltä, 3= En samaa enkä eri mieltä, 4= melko samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä, 6= en osaa sanoa



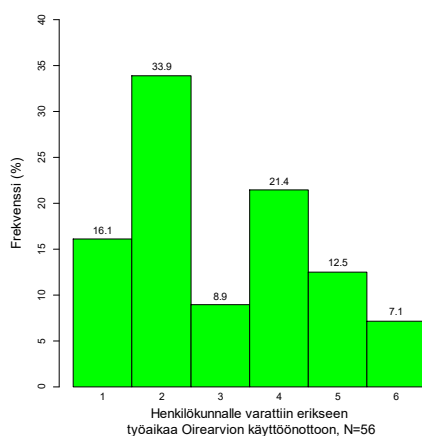
Kuvio 19. Riittävästi teknistä tukea



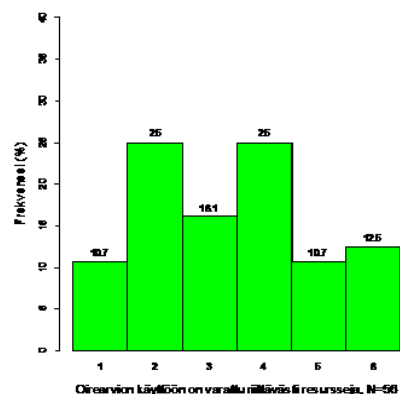
Kuvio 20. Riittävästi koulutusta



Kuvio 21. Tavoitteet selkeät



Kuvio 22. Varattiin erikseen työaikaa



Kuvio 23. Riittävästi resursseja

4.2 Tutkimuksen laadullisen osan raportti

Laadullista aineistoa lähdettiin käsittelemään lukemalla avoimet kysymykset useita kertoja läpi. Avoimessa kysymyksessä numero viisi kysyttiin kokemuksesta Oirearviopalvelun hyödyistä omalle työlle ja yksiköllesi sekä kysymyksessä numero kuusi kysyttiin Oirearviopalvelun aiheuttamista haasteista omalle työlle ja yksiköllesi. Liitteestä 3 löytyy koko aineisto, jossa on hyödyt omalle työlle ja yksikölle ja kaikki haasteet omalle työlle ja yksikölle löytyvät liitteestä 4. Aineisto jaettiin seuraavaksi neljään eri tiedostoon, joissa mainittiin hyödyt omalle työlle (liite 5) ja hyödyt yksikölle (liite 7). Haasteet omalle työlle ovat liitteessä 6 ja haasteet yksikölle liitteessä 8. Aineistosta siirrettiin oikeaan tiedostoon ne vastaukset, jotka vastausten perusteella selkeästi kuuluivat haastepuolelta hyötyihin ja toisin päin. Näin hyötyosiosta siirtyi kolme vastusta haasteosioon ja yksi haasteita hyötyosioon. Kun kaikki tiedostot oli muodostettu, alettiin hakemaan manuaalisesti yhteneväisyyksiä tai eroavaisuuksia. Samanlaiset tai samaa tarkoittavat termit merkittiin värikynin.

Aineiston analysoinnissa päädyttiin laadullinen aineisto jakamaan viiteen luokkaan tutkimuskysymysten ja kolmannen avoimen kysymyksen ohjaamana. Näin muodostuivat laadullisen aineiston pääluokat.

1. Hyödyt omalle työlle
2. Haasteet omalle työlle
3. Hyödyt yksikölle
4. Haasteet yksikölle
5. Oirearviopalvelun kehittämiskohteet

Taulukoissa 5,6,7 ja 8 esitellään esimerkinomaisesti analyysin eteneminen eri vaiheissa. Aineistot kokonaisuudessaan löytyvät liitteistä 3-8. Taulukoihin on nostettu esimerkeiksi vastaukset, joita esiintyi eniten tai ne muuten katsottiin merkittäviksi.

Kysymykseen viisi tuli vastauksia 34 kpl ja kysymykseen kuusi 35 kpl, joten kaikki vastaajat eivät vastanneet avoimiin kysymyksiin. Kolmanteen avoimeen kysymykseen, joka oli taustatietojen yhteydessä vastasi seitsemän vastaajaa.

4.2.1 Hyödyt omalle työlle

Hoitotyön ammattilaiset näkevät Oirearviopalvelussa monenlaista hyötyä omalle työlle (taulukko 5). Hyödyt liittyvät työn hallintaan muun muassa siten, että kirjaaminen helpottuu, koska osa tiedosta on jo asiakkaan antamana palvelun kautta. Toisaalta haastepuolella samassa asiassa nähtiin ongelmia, kun tietoja joudutaan siirtämään leikkaa/liimaa tekniikalla ja järjestelmät eivät tunnista toistensa fraaseja. Asiakkaat ohjautuvat myös oikea-aikaisesti oikealle ammattilaiselle, jolla on jo esitietoa asiakkaan ongelmasta. Hoidontarpeen arviointi on tasalaatuisempaa ja samanlaista riippumatta arvioijasta. Nämä ovat asioita, joita oirearviopalvelussa tavoitellaan. Oirearviopalvelu mahdollistaa myös etätyön tekemisen ja että asiakasta ei välttämättä tarvitse kohdata henkilökohtaisesti tai puhelimesta, mikä viittaa työskentelytavoissa siihen, että ammattilaiset alkavat omaksumaan työtehtäviinsä kulttuurinmuutoksen, johon sisältyy asiakastyötä verkossa (Sihvo ym. 2014). Tulokset tukevat aiemmin Kujalan (2018b) omaolopalvelun odotuksista tekemässä tutkimuksessa huomiota, että ammattilaiset näkevät omaolopalvelussa ainakin joitain hyötyjä.

Taulukko 5. Hyödyt omalle työlle

Suorat lainaukset	pelkistetty ilmaisu	alakategoria	Pääluokka
Asiakkaat ohjautuvat paremmin oikealle ammattilaiselle	Oikea ammattilainen	Työn hallintaan liittyvä	Oirearviopalvelun koetut hyödyt omalle työlle
Asiakkaat päätyvät oikea-aikaisesti oikealle ammattilaiselle silloin	Oikea-aikaisuus		
saadaan mietittyä asiaa valmiiksi pakattuna	Esitiedot valmiina		
Saan tietoa asiakkaasta etukäteen			
Systematisoi hoidontarpeen arvion, joten asiakkaat ohjautuvat oikealle ammattilaiselle ja kriteerit on kaikille samat	Hoidontarpeen arvio kaikilla samanlainen	Työn hallintaan liittyvä Kulttuurin muutos	
Tiedon näkyminen näytöllä helpottaa sen kirjaamista potilastietoihin. Puhelun aikana tiedon ylöskirjoittaminen vaatii keskittymistä, jotta saa kaikki tarvittavat tiedot ylös. Oirearviossa kysymykset on valmiiksi lueteltuna vastausvaihtoehtoineen	Helpottaa kirjaamista Tiedonsiirto		
käyttö mahdollistaa etätyötä myös sekä viesteihin vastaamisen itselle sopivaan ajankohtaan.	Etätyö, itselle sopiva ajankohta		
Ammattilaisena pidän myös enemmän verkkokontaktista kuin kasvotusten tai puhelujen avulla kommunikoinnista.	Verkkoviestintä mielekkäämpää	Työn hallintaan liittyvää Kulttuurin muutos	
Osa potilaista siirtyy puhelimen sijaan käyttämään oirearvioita, oman työn hallinta paranee (ehkä) kun työjonon käyttö helpottuu,	Yhteydenottotavan muutos		

4.2.2 Haasteet omalle työlle

Haasteet omalle työlle löytyvät taulukosta 6 ja ne jakautuivat useampaan osa-alueeseen, jotka liittyvät työn hallintaan, kulttuurin muutokseen eri näkökulmasta kuin hyötyosiossa, ammattilaisten IT-taitoihin ja motivaatioon sekä palvelun kehittämiseen ketterästi. Ongelmana nähdään erityisesti se, että nyt joudutaan tekemään päällekkäistä työtä asiakkaiden kyetessä ottamaan usean kanavan kautta yhteyttä yksikköön; Oirearviopalvelun kautta, soittamalla ja mahdollisesti kolmattakin kautta, jolloin samaa asiaa saattaa käsitellä kolmekin ammattilaista. Asiakkaan useampi yritys olla yhteydessä

lienee hyvin ymmärrettävää silloin kun hoidontarve koetaan akuutiksi ja jos ei ole muodostettu järjestelmää, joka ilmoittaa, että asiasi on käsittelyssä ja missä vaiheessa käsittely on menossa. Tämän suuntaisia tuloksia ei tämän tutkimuksen viitekehyksen kirjallisuudessa raportoitu. Näin työmäärä lisääntyykin eikä vähene. ”Tällä hetkellä oirekysely työllistää enemmän kuin puhelu koska potilaat eivät osaa sitä käyttää. Jos työnteko hankaloituu oirearvioiden vuoksi, voi olla, että sitä ei haluta käyttää. Kaikki eivät ole halukkaita käyttämään sähköisiä välineitä, mutta en osaa sanoa onko se huono asia tai haaste välttämättä.”

Työmäärän lisääntyminen mainittiin kahdeksassa vastauksessa. Koettiin myös, että käyttöönottoon ei ole resursoitu riittävästi henkilökuntaa. Yllättävää oli myös havainto, että ammattilaiset eivät olleet huolissaan omasta IT-taidoista vaan kollegan taidoista ottaa haltuun tai käyttöön digitaalisia palveluja. Palvelun käyttö on vielä vähäistä, joten rutiini sen käytöstä puuttuu. Yksi vastaaja ilmaisi myös, ettei palveluun tulleesta viestistä tule herätettä. Toinenkin vastaus tukee väitettä ”se on yksi asia muistettavana/hoidettavana”.

Taulukko 6. Haasteet omalle työlle

Suorat lainaukset	pelkistetty ilmaisu	alakategoria	alakategoria	päälukokka
Ei vähennä vastaanottotyötä vaan on mahdollisesti uusi väylä vastaanottokäynneille mikä lisää työtaakkaa	Päällekkäinen työ. Monta yhteydenottokanavaa	Työn hallintaan liittyvä Kulttuurin muutos	Työn hallinta Kulttuurin muutos	Oirearviopalvelun koetut haasteet omalle työlle
Asiakkaat ottavat yhteyttä monen sähköisen kanavan kautta ja asioita käsitellään päällekkäin (pahimmillaan 3 käsittelijää yhtäkaa).				
Kuka niitä ehtii lukea, samassa ajassa käyvät vo:lla	Kiire	työn hallintaan liittyvä		
Kiire, vähäiset resurssit, paljon työtä ja asiakkaita.	Kiire, resurssit			
Työtä pitäisi tehdä riittävästi, jotta tuntuma säilyy. Päivät hyvin erilaisia. Meneekö joku vakava asia kuitenkin seulasta läpi	Huoli osaamisesta, rutiinin puute			
Osa omista työntekijöistä ei osaa käyttää kovin hyvin tietokoneita ja tietokoneohjelmia, osaamisen taso vaihtelee.	Henkilöstön osaaminen ja motivaatio	Digitaalisuuteen ja IT-tekniikkaan liittyvä. Palvelujen hallintaan liittyvä. Kulttuurin muutos Työn hallintaan liittyvä	IT-taidot ja motivaatio	
Osaaminen ja halu käyttää digitaalisia palveluja ei kaikilla ole yhteneväinen				
Tällä hetkellä oirearvion osalta ei tule herätettä digihoitajalle asiakkaan yhteydenotosta	Herätteen puuttuminen yhteydenotosta	Palvelun ketterään kehittämiseen liittyvä Työn hallintaan liittyvä	Ketterä kehittäminen	

4.2.3 Hyödyt yksikölle

Hyötyinä yksikölle (taulukko 7) nähtiin asioita, joita Oirearviopalvelulle asetettiin, eli laatuun, taloudellisuuteen ja prosesseihin liittyviä seikkoja, jolloin asiakkaat hakeutuvat oikeaan paikkaan hoitoon, hoito on yhdenmukaista, systemaattista sekä tarkoituksenmukaista, hoitoon pääsy on nopeampaa, resurssit kohdentuvat oikein ja kustannustehokkaasti. Kulttuurinmuutos nähtiin soittopyyntöjen vähenemisenä, eli yhteydenotto siirtyy verkkoon ja asia hoituu mahdollisesti ilman käyntiä ja sitä kautta jonojen vähenemisenä akuuttivastaanotolle. Osiossa käytettiin paljon ehdollisia ilmaisuja ”saattaa”, ”voi” ja ”jos”, mikä voi kuvata sitä, että nämä ovat seikkoja, joiden toivotaan toteutuvan, mutta, jotka välttämättä eivät ole vielä toteutuneet. Korostuvatko siis palvelulle asetetut odotukset näissä vastauksissa? Kujala & Miron-Shatz (2015) löysivät tutkimuksessaan viitteitä odotusten täyttämistä kokemuksista palvelun alkuvaiheen käytössä.

Taulukko 7. Hyödyt yksikölle

Suorat lainaukset	pelkistetty ilmaisu	alakategoria	alakategoria	pääloukka
Jos se toimii oikein, sen pitäisi ohjata asiakkaat oikeaan paikkaan	Oikea paikka	Oikea paikka	Laatu	Oirearvio-palvelun koetut hyödyt yksikölle
Selkiyttää ja tasapuolistaa hoitoon ohjausta, tarkoituksenmukaistaa hoitoon hakeutumista. Ohjaa oireenmukaisesti	Selkeyttää, tasapuolistaa, sujuvoittaa, tarkoituksenmukaistaa hoitoonohjausta.	Tasalaatuinen ja yhdenmukainen hoitoon ohjaus. Nopeampi hoitoon pääsy yhdenmukainen hoito		
Sujuvoittaa hoitoon ohjautumista				
Joustavaa ja nopeaa palvelua, vähentää huomattavasti soittopyyntöjä	Joustava, nopeampi, vähentää soittopyyntöjä. Nopeuttaa hoitoon pääsyä Hoidon taso sama ammattilaisesta riippumatta			
Asiakkaan hoitoon pääsy voi nopeutua ja nopea kontakti. Hoidon taso on sama kaikille ja riippumatta kuka hoitaa				
Turhat käynnit pois, kustannustehokasta	Resurssien oikea käyttö, kohdentuu oikein, kustannustehokkuus, oikea ammattilainen	Resurssien tarkoituksenmukainen kohdentuminen	Taloudellisuus	
Vapauttaa lääkäriresurssia oikeaan käyttöön				
Asiakkaat päätyvät oikea-aikaisesti oikealle ammattilaiselle silloin kun ammattilaiselle on tarvetta.				
Mahdollisesti vähentää käyntejä vastaanotolla, jos itsehoito-ohjeita noudatetaan.				
Akuuttivastaanotolta siirtyy potilaita käyttämään oirearvioita ja jonottaminen vähenee	Vähentää jonottamista, uusi yhteydenottotapa	Kulttuurinmuutos	Prosessiin liittyvä	

4.2.4 Haasteet yksikölle

Oirearviopalvelussa nähtiin suuria haasteita yksikön näkökulmasta tarkisteltuna (taulukko 8). Haasteet liittyvät pääsääntöisesti palveluprosessin kehittämiseen ja erityisesti palveluun mahdollisesti tarvittavien muutosten ketterään kehittämiseen. Avoimissa kysymyksissä ei haettu mielipiteitä asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna, mutta se oli suurin haaste ammattilaisten mielestä. Seitsemän vastaajaa koki, että asiakkailla ei ole tarpeeksi taitoja tai välineitä käyttää oirearviopalvelua. Toisaalta määrällisessä osiossa kuitenkin ammattilaiset arvioivat, että asiakkaat haluavat käyttää palvelua ja lähes puolet vastaajista koki, että asiakkaat myös osaavat käyttää palvelua. Seuraavaksi eniten haasteita aiheuttivat potilastietojärjestelmiin ja eri palveluihin liittyvä puuttuva tai heikko integraatio, henkilökunnan muutosvastarintaan liittyvät seikat ja palvelun liiallinen herkkyys, joka nähtiin siten, että oirearviot ohjaavat liian herkästi hakeutumaan päivystykseen tai vastaanotolle. Muutama mainitsi myös tiedon puutteen palvelusta (vrt. THL, 2018). Asiakkaille ja ammattilaisille suunnattu tiedottaminen sähköisistä palveluista on erittäin tärkeä vaihe sähköisten palvelujen käyttöönotossa. Ammattilaisen tulee osallistua tiedottamiseen ja hahmottaa oma vastuunsa siitä. (Sihvo ym. 2014.)

4.2.5 Oirearviopalvelun kehittämiskohteet

Kolmannessa avoimessa kysymyksessä, joka oli taustatietojen yhteydessä, kiteytyi Oirearviopalvelun vaatimat kehittämistoimenpiteet. Tähän kysymykseen tuli vain seitsemän vastausta ja ne kaikki esittelään taulukossa 9. Kuvaavaa oli, että ne liittyivät kaikki palvelun haasteisiin, jotka jo aiemmin on nostettu avoimissa kysymyksissä esille. Haasteina nähtiin informaatiopuute palvelusta, liian herkästi vastaanotolle ohjaava palvelu, tiedonsiirtoon ja integraatioon liittyvät ongelmat sekä palveluprosessiin liittyvät seikat. Palvelu ei suinkaan ole vielä lähelläkään valmista.

Taulukko 8. Haasteet yksikölle

Suorat lainaukset	pelkistetty ilmaisu	alakategoria	pääluokka
Internetaikoja jää vapaiksi, tyhjäkäyntiä	Varaamattomat ajat	Palveluprosessin ketterä kehittäminen	Oirearviopalvelun koetut haasteet yksikölle
Alkuvaiheessa oirearviot on yksikössämme viritetty "varmuuden vuoksi" melko herkälle, mutta saadun palautteen kysymyksiä on muokattu kansalaisille paremmin ymmärrettävään	Palvelun herkkyys		
Eri oireiden erilaiset ohjeet pitäisi olla mahdollisimman yksinkertaiset ja samankaltaiset, nyt vaihtelevuutta on liikaa	Selkeämmät ohjeet		
Osin joudutaan tekemään vielä ns. turhia kirjauksia vanhanaikaisen Kelan vuoksi	Palvelujärjestelmien heikko integraatio	palveluprosessin kehittäminen kulttuurinmuutos	
Ei suoraa integraatiota potilastietojärjestelmään	tiedonsiirtoon liittyvä		
Asiakkaat ottavat yhtyettä monen sähköisen kanavan kautta ja asioita käsitellään päällekkäin (pahimmillaan 3 käsittelijää yhtaikaa).	Päällekkäisyys		
Resurssointi. Meillä on muutenkin alimiehitys. Se on yksi lisäasia muistettavaa/hoidettava eikä pitkään aikaan tulee vähentämään työmäärämme (jos koskaan)	Vähäinen resurssointi, toive työmäärän vähentymisestä		
Palvelu uutta ja vaatii vielä kehittämistyötä	Kehitystyö kesken		
Toimiessaan hyvä, jos huonosti täytetty tai väärin ymmärretty tai jopa tarkoitushakuisesti rastitettu niin ei toimi.	Huonosti tai tarkoituksenhakuisesti täytetty, väärin ymmärretty,		
Aikaa vievää. Puhelimitse hoituisi asian hoito nopeammin	Puhelin nopeampi		
Osa omista työntekijöistä ei osaa käyttää kovin hyvin tietokoneita ja tietokoneohjelmia, osaamisen taso vaihtelee.	Henkilöstön osaaminen, motivaatio ja yhteistyö eri ammattiryhmien välillä	ammattilaisten osaamisen lisääminen	
Yksikössä on vielä oirearvio sisäänajovaiheessa ja kaikki asiakkaat eikä työntekijäkään ole riittävästi tietoisia oirearvioista	Tieto palvelusta	Sisäinen ja ulkoinen markkinointi	
Osa asiakkaista jää sen ulkopuolelle, kun ATK taidot puutteellisia, kaikilla ei ole edes laitteita, joilla palveluun pääsee.	Asiakkaiden osaaminen	Asiakkuusnäkökulma	

Taulukko 9. Kommentit kyselystä tai Oirearviosta.

Suorat lainaukset	Pelkistetty ilmaisu	alakategoria	Pääluokka
Tärkeää on informoida oirearviota niin asiakkaat osaavat ottaa se luottavaisin mielin käyttöön ja hyötyvät siitä.	Informaatio	Palveluprosessin kehittäminen ketterä	Oirearviopalvelun kehittämiskohteet
Tähän mennessä yksi asiakas on tullut ODA:n kautta.			
Mielestäni oirearviot edelleen ohjaavat liian herkästi vastaanotolle. Palvelun mainostaminen on vielä varsin vähäistä.	Liian herkkä palvelu, tiedottamisen puute		
Vähän riippuu oirekyselystä, mutta tuntuu että kovin herkästi ohjataan vastaanotolle.			
Oirearvion tekstit pitäisi pystyä kopioimaan Pegasokseen. Tällä hetkellä, kun yrittää kopioida tekstin ja liittää sen Pegasos-kertomukseen, ohjelma herjaa, että ei tunnista kaikkia merkkejä.	Tiedonsiirtoon liittyvä, potilastietojärjestelmien integraatioon liittyvä	Palveluprosessin kehittäminen integraatio	
Osa oirearvioiden kysymyksistä eivät kohtaa esim. potilasjärjestelmän fraasien kanssa, niiden yhdistäminen on vaikeaa ja haasteellista, koska ne eivät kohtaa. Fraaseissa kysytään myös asioita, joita ei oma olon tapauksissa välttämättä edes kysytä.			
Lähetäminen vaatii pankkitunnukset, joita omalla asiakasryhmälläni ei ole. Vaihtoehtona jokin muu tapa tunnistautua, että pääsee lähettämään?	Palveluprosessiin liittyvä haaste		

5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Uuden teknologian onnistuneen käyttöönoton edellytys on analysoida tekijöitä, jotka voivat haitata tai parantaa käyttöönottoa käyttäjien joukossa. Digitaalitekologiasta toivotaan Oirearviopalvelun kautta apuja korvaamaan rutiinitehtäviä, jotta hoitajien ja lääkäreiden aikaa vapautuisi suorassa kontaktissa tapahtuvaan hoitotyöhön. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata miten hoitotyön ammattilaiset kokevat Oirearvioiden käytön, millaisia hyötyjä ja haasteita he kokevat sen käytössä omalle työlleen ja yksilölleen sekä miten johtamisen hyvät käytännöt ovat toteutuneet Oirearvioiden osalta, kun ne ovat otettu käyttöön.

Tutkimusaineisto jäi varsin pieneksi, joten tutkimustulosten perusteella ei voida tehdä yleistyksiä. Tämä tutkimus antaa kuitenkin kuvan tietyllä ajankohdalla tapahtuneesta toiminnasta. Vastaajien vähäiseen määrään saattoi vaikuttaa se, että kysely toteutettiin pelkästään sähköisessä muodossa, eikä voida myöskään tietää, kuinka kattavasti ammattilaiset vastaanottivat kyselykutsut, mutta ennen kaikkea se, että Oirearvioiden käyttöönotto on viivästynyt tutkittavissa kaupungeissa, joten kokemusta Oirearvion käytöstä on vasta lyhyeltä ajalta. Tutkimuksen vastaukset olivat kuitenkin laadukkaita ja niillä saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Ammattilaiset näkevät Oirearviopalvelussa hyötyjä, joita sillä tavoitellaan, mutta käytännön tasolla haasteet vievät vielä voiton. Sekä hyödyt että haasteet liittyvät oman työn tasolla kuin myös yksikön tasolla pitkälti samoihin tekijöihin, mutta eri näkökulmista tarkasteltuna. Oirearviopalvelu näyttäisikin onnistuneelta palvelulta, jos tarkasteltaisiin pelkästään määrällisen osion vastauksia. Laadullinen osio antaa kuitenkin viitteitä, että palvelu koetaan ennemminkin haasteena. Tämän tutkimuksen kannalta merkittävimmät haasteet liittyvät työmäärän kasvuun ja palveluprosesseihin, joita myös Granja ym. (2018) ovat tuoneet esille. Hyödyt nähdään puolestaan laatusеikkoihin ja työn hallintaan liittyvinä asioina.

Hyödyt nähdään oman työn kohdalla työn hallintaan liittyvinä seikkoina, siten, että asiakkaan ongelmasta on jo tietoa ennakolta ennen vastaanottoa ja ammattilaisten

mahdollisuutena tehdä etätöitä tai työskennellä verkkoviestinnän välityksellä, mikä on terveydenhuoltoalalla varsin uutta kulttuuria.

Yksikkötasolla hyötyinä koettiin laatuun liittyviä tekijöitä kuten hoidontarpeenarvion tasalaatuisuus, yhteneväisyys ja riippumattomuus arvion tekijästä, hoitoon hakeutumisen oikea-aikaisuus, asiakkaan ohjautumisena oikealle ammattilaiselle, oikeaan paikkaan ja hoitoon pääsyn nopeutumisena. Kustannusten odotettiin laskevan resurssien vapautuessa oikeaan käyttöön. Palvelun koettiin vähentävän puhelinruuhkia, jos asiakkaat löytävät Oirearviopalvelun. Nämä hyödyt ilmaistiin avoimissa kysymyksissä usein ehdollisina, jos palvelu alkaa toimia niin kuin Oirearviopalveluissa tavoitellaan.

Haasteet yksikölle koettiin pääsääntöisesti palveluprosessien kehittämiseen liittyvinä tekijöinä kuten tietojärjestelmien integraation heikkouksina, markkinoinnin puutteena, jolloin asiakkaat ja ammattilaisetkaan eivät ole tietoisia Oirearviopalvelusta, päällekkäisinä yhteydenottotapoina ja palvelun liiallisena herkkyytenä, jota kuvattiin turhina käynteinä yksikössä.

Siirtyminen henkilökohtaisesti vastaanotolla tai puhelimitse tapahtuvasta työskentelystä verkossa tapahtuvaan työskentelyyn on suuri kulttuurin muutos terveydenhuollossa. Tämä muutos nähtiin sekä hyötynä että haasteena. Vanhasta työskentelytavasta poisoppiminen vaatii aikaa ja asennemuutosta sekä ammattilaisissa että asiakkaissa. Muutos on kuitenkin tapahtumassa, mutta kauanko sen loppuunsaattamisessa menee, jää nähtäväksi. Hyvällä alkumatkalla ollaan, sillä tämän tutkimuksen muutamassa vastauksissa saatiin viitteitä, että verkkotyöskentely olisi mielekkäämpi tapa kohdata asiakas ja se mahdollistaa etätöiden tekemisen sekä sen, mihin aikaan päivästä viesteihin vastaa. Edellä mainittujen seikat voivat lisäävän työn mielekkyyttä varsinkin, jos työpaikoilla mahdollistetaan, että työntekijä voi valita itselle sopivimman tavan työskennellä, joko kasvokkain vastaanotolla tai sähköisten kanavien kautta.

Rutiinitöiden määrä ja yleensäkin työmäärän ei koettu vähentyneen vaan paremminkin päinvastoin. Syinä tähän voitaneen pitää päällekkäistä työtä ja palvelun herkkyyttä, mutta myös sitä, että Oirearviopalvelua toteutetaan kaiken entisen, olemassa olevan työn ohella. Palveluun koettiin resursoidun liian vähän henkilökuntaa, mitä voitaneen pitää varovaisuutena palvelun käyttöönoton alkuvaiheessa, jolloin ei tiedetä, minkälainen

vastaanotto sillä on. Oletettiinko, että Oirearviopalvelua ei alkuvaiheessa käytetä asiakkaiden puolelta kovin runsaasti? On erittäin tärkeää lisätä sekä yksikön sisäistä tiedottamista että ulkoista markkinointia, jotta ammattilaiset ja asiakkaat saadaan tietoiseksi palvelusta. THL:n uusimman terveysasemien asiakaspalautetulokset 2018 tilaston mukaan heikoiten toimiva terveydenhuollon osa-alue asiakkaiden mukaan on juurikin tieto sähköisten palveluiden mahdollisuudesta. Tämänkin osa-alueen keskiarvo koko maan tasolla oli kuitenkin 3.7 eli varsin kohtuullinen. (THL, 2018.) Työn kuormittavuutta lisää avoimissa vastauksissa ilmennyt väittämä, ettei palveluun tullut asiakkaan yhteydenotto aiheuta heräteviestiä palvelun tuottajan päässä, vaan palvelukenttää pitää muistaa seurata. Tämä on haaste, johon voitaisiin nopeasti puuttua.

Digitalisaatio muuttaa asiakkaiden ja ammattilaisten roolia ja heidän työnjakoaan sekä työ- ja toimintaprosesseja vaatien selkeää työnjakoa siitä, kuka tekee mitäkin ja mihin aikaan. Asiakkaiden mahdollisuuden yhteydenottoon monia kanavia pitkin aiheuttaa päällekkäistä ja turhaa työtä. Oirearvioprosessi ja sen hyödyt eivät kohtaakaan vaan työllistävät enemmän, kuin nyt saatava hyöty palvelusta. Onkin mietittävä, miten ohjataan asiakkaiden lisääntyviä yhteydenottomahdollisuuksia, joka uudenlaisena kulttuurinmuutoksena näyttäytyy tässä tutkimuksessa haasteena. Mahdollisuus ottaa yhteyttä organisaatioon usealla tavalla on tietysti asiakkaan etu, mutta ei ammattilaisten tai yksikön etu. On myös erittäin epätaloudellista, jos samaa asiaa käsitellään samaan aikaan tai peräkkäin eri ammattilaisen toimesta eri alustoilla, ilman että on kyse moniammatillisesta työskentelystä. Ratkaisuna voisi olla menettelytapa, missä asiakkaan ollessa yksikköön yhteydessä asiassa, joka on ratkaistavissa Oirearvion kautta, hänet ohjataan systemaattisesti sitä käyttämään. Asiakkaalle olisi myös hyvä lähettää palauteviesti siitä, että asiasi on otettu käsittelyyn, kun ammattilainen avaa Oirearviopalveluun tulleen viestin.

Huolta herättää myös liian herkästi vastaanotolle ohjaava palvelu. Tämä voi johtaa turhautumiseen palvelun käyttöön ja mahdollisesti vähentää ammattilaisten halukuutta ohjata asiakkaita käyttämään Oirearvioita, jos herkkyydelle ei ketterästi tehdä muutoksia. Asiakkaat saattavat myös pettyä hakeutuessaan Oirearvion ohjaamana vastaanotolle ja käynti katsotaankin kenties turhaksi.

Johtamisen hyvät käytännöt ovat aiempaan tutkimukseen verrattuna kehittyneet, mutta aineiston pienenä takia mitään yleistettävää johtopäätöksiä ei voida tehdä. Parhaiten hyviin käytäntöihin liittyen toteutuu tavoitteiden selkeys, minkä myös muun muassa Kujala ym. (2018a) ja Ingebrigtsen ym. (2014) ovat osoittaneet edesauttavan käyttöönoton onnistumista. Heikoiden toteutui henkilöstön resurssointiin liittyvät seikat ja käyttöönottoon varatun erillisen työajan määrä.

Tämän tutkimuksen perusteella ammattilaisten pelko ammattiroolin heikentymisestä on lieventynyt. (ks. Kujala ym. 2018b). Palvelun käyttöä ei koeta toistaiseksi turhauttavana ja se vastaa ammattilaisten vaatimuksia. Oirearvion arvellaan parantavan hoidon saatavuutta ja yksilöllisen hoidon toteutumista ja mahdollistavan sen, että hoitoon päästään samoin kriteerein.

Eri rajapinnoilla toimivat järjestelmät vaatisivat yhteistyötä palvelun kehittäjien välillä, sillä nyt potilastietojärjestelmiin kaivattiin integraatioita. Oirearvion fraasit muun muassa eivät keskustele olemassa olevien potilastietojärjestelmien kanssa. Palvelun toivottiin synkronoituvan myös Kanta-järjestelmän kanssa ja kirjaamiskäytännöt koettiin toisaalta kankeina, mutta myös helpottavina kun asia on jo osittain asiakaan ilmaisema.

Jotta palvelusta saadaan vaikuttavampia ja mielekkäämpiä ammattilaisille, on heidät osallistettava paremmin mukaan palvelun kehitystyöhön. Mukaan on otettava myös asiakkaat, loppukäyttäjät, joille palvelu on tarkoitettu, jotta palvelun kaikilla käyttäjillä on yhteinen kieli. *”Ymmärtävätkö ns. maallikot kysymyksien tarkoituksen samoin, kun me hoitoalan henkilöt?”* Ja ymmärtävätkö palvelun kehittäjät ammattilaiskielen?

Ammattilaiset kantoivat huolta sekä kollegoiden että asiakkaiden motiiveista käyttää digitaalisia palveluja, ICT -taitojen osaamisesta sekä asiakkaiden mahdollisuuksista käyttää digitaalisia palveluja (ks. Jauhiainen ym. 2014). Aiemmissa tutkimuksissa on epäilty paremminkin omaa osaamista ja motivaatiota (Jauhiainen ym. 2014). Muutokseen asenteessa on voinut vaikuttaa se, että työelämässä ja muussakaan elämässä ei juurikaan voi välttyä ICT:ltä, sähköisesti toimivilta palveluilta tai digitalisaatiolta. ICT-teknologia on levittäytynyt kaikkialle ja melkein jokainen käyttää jotain älylaitetta vähintäänkin puhelimen muodossa.

Oli varsin harmittavaa, että Varsinais-Suomesta ei saatu selkeää tietoa, kuinka moni ammattilainen vastasi kyselyyn. Tällä on merkitystä tutkimuksen luotettavuuden kannalta vastausprosentin muodossa. Varsinainen projektipäällikkö ehti vaihtaa työpaikkaa ja kaksi muuta kontaktia, jotka tavoitin, ilmoittivat että kysely ei lähtenyt kellekään heidän toimestaan. Huhtikuussa 2019 selvisi että ammattilaiskäyttäjäoikeuksia Varsinais-Suomessa on 137 kpl, mutta tästä määrästä ei siis ole tietoa, kuinka moni palvelua käytti 2018 tai sai kyselylinkin tutkimukseen. Vastauksia alueelta tuli kaksi kpl, joten vastaajia kuitenkin tavoitettiin. Näin ollen kysely lähti 376 vastaajalle, tässä luvussa ei ole mukana Varsinais-Suomen mahdolliset kyselyn saajat edellä mainituista syistä. Sen sijaan Oulusta tuli vastauksia suhteessa eniten, sillä palvelu on ollut toisessa oululaisessa yksikössä sen omana tuotantona käytössä jo koko vuoden 2018. Jää vain arvelujen varaan vaikuttiko tämä positiivisesti vai negatiivisesti tutkimustuloksiin, sillä tässä tutkimuksessa ei ollut järkevää tehdä ristiintaulukointeja aineiston pienuuden takia.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että oirearviopalvelun käyttöönotto on lähtenyt hitaasti liikkeelle ja palvelu vaatii vielä paljon ennen kaikkea ketterää kehitystyötä, jotta ammattilaiset kokisivat palvelun käytön mielekkääksi ja palvelu toimisi kuten sen on tarkoitus toimia; oikea-aikaisesti, oikealle ammattilaiselle ja oikeaan paikkaan ohjaavana ja kustannustehokkaasti vapauttaen resursseja henkilökohtaisessa kontaktissa tapahtuvaan hoitotyöhön ja siirtäen rutiininomaiset työt, sekä itsehoidolla hoituvat oireet, asiakkaan itsensä tekemäksi.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Oirearviopalvelun kehittämisessä, sillä palvelussa todettiin olevan sellaisia puutteita, joita voidaan nopeastikin parantaa. Tämä tutkimus kannattaa uusia puolenvuoden-vuoden päästä, jolloin Oirearviopalvelun käytöstä on pidempi ja laajempi kokemus. Jatkotutkimuksena kannattaa tutkia myös sitä mikä kolmesta käytössä olevasta Oirearviosta ammattilaisten mielestä toimii parhaiten ja miksi.

5.1 Luotettavuus

Tutkimuksen tekijä oli ottanut riittävästi selvää aiheesta ennakkoon, joten kysymykset selvittävät oikeaa ongelmaa (Ojasalo ym. 2015). Kuvaileva tutkimus vaatii yleensä laajan

aineiston, tulosten luotettavuuden, tarkkuuden ja yleistettävyyden takia (Heikkilä, 2014). Lähdetessä tekemään tätä tutkimusta tiedettiin, että vastaajien määrä ei välttämättä ole kovin suuri, sillä hoitotyön ammattilaisten kokemus palvelun käytöstä oli vielä lyhytaikaista ja ammattilaiskäyttäjiä ei ole suurta määrää. Tämän takia valittiin menetelmäksi sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen menetelmä. Vastaajien määräksi toivottiin 100 kpl, mikä sekin oli jo varsin optimistinen arvio. Kyselyllä pyrittiin tavoittamaan kaikkia ammattilaiskäyttäjiä ja se lähetettiin 376 mahdolliselle vastaajalle ja vastauksia saatiin 56 kappaletta, vastausprosentin jäädessä 14.8 %. Vastaajakatoa syntyi, koska otokseen valituilta ei kaikilta saatu vastauksia. Vastauskato muodostuu puolestaan vastaamatta jättämisestä joihinkin kysymyksiin tai puuttuvaksi tiedoksi koodattavien vastausten antamisesta (Holopainen & Pulkkinen, 2013, KvantiMOTV, 2016). Tässä tutkielmassa käytettävässä tutkimusaineistossa esiintyy vastauskatoa 13 %. Varsinaiseen tilastolliseen analyysiin otettiin mukaan 56 vastausta 65:stä. (Laaksonen 2013). Vastaajakatoa pyrittiin vähentämään laatimalla helposti vastattava kysymyspatteristo ja lähettämällä muistutusviestejä. Kaikki vastaajat eivät olleet vastanneet avoimiin kysymyksiin, mutta aineisto saturoitu saavutetuilla vastauksilla (Hirsijärvi ym. 2015).

Tämän tutkimuksen valideetti riippuu paljolti kysymyslomakkeen luotettavuudesta, eli mittasiko lomake sitä, mitä on tarkoitus mitata ja löydettiinkö tutkimuskysymyksiin vastaukset. (Heikkilä, 2014). Reliabiliteetti ilmaisee sen, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittari mittaa haluttua ilmiötä. Reliabiliteettia voidaan arvioida esimerkiksi toistomittauksilla (Tilastokeskus, ei pvm). Tutkimus kuvailtiin niin että se on mahdollista toistaa samoin kriteerein tulevaisuudessa. Tutkimusaineistosta löytyi vastaukset haluttuihin kysymyksiin.

Kysymyslomakkeen esitestaaminen ja aineiston sekä tuloksien yhteyksien huomioiminen raportoinnissa lisäsivät luotettavuutta (Ojasalo ym. 2015). Vahvistettavuutta tutkimukseen toivat suorat anonymisoidut lainaukset (Elo & Kyngäs. 2008).

Tässä tutkimuksessa on myös laadullinen osa ja sen raportointiin kuuluva kaiken kerätyn aineiston luetteleminen toteutui ja kerrottiin, että aineistoa on kerätty useampaan otteeseen. Raportissa perusteltiin, miten aineisto valittiin. Tiedonkeruumenetelmät esiteltiin ja perusteltiin. (Kuula, 2006.) Tutkimus raportoitiin monografiana Pro graduna.

Varsinais-Suomesta ei saatu tarkkaa tietoa, kuinka monelle vastaajalle kysymyslinkki lähti. Vastauksia alueelta tuli kaksi kpl, joten vastaajia kuitenkin tavoitettiin. Nämä vastaukset otettiin mukaan analyysiin, mutta vastausprosentti valitettavasti vääristyi, todellisuudessa vastausprosentti oli alle 14.8 %.

Laadullisen aineistolähtöisen tutkimuksen ongelmana voidaan pitää tutkijan omien ennakkokäsitysten vaikutusta ja havaintojen vääristymää kun tuloksia tulkitaan (Tuomi & Sarajärvi, 2017). Tutkijan subjektiivisuudella oli kohtuullinen rooli tuloksien analysoinnissa (Ruusuvuori ym. 2014). Tutkijan arvot saattoivat muovata tutkittavan ilmiön ymmärtämistä (Hirsjärvi ym. 2015). Tuloksia analysoi yksi tutkija, joten tulkintojen subjektiivisuus voi muodostaa ongelman ja todennäköisyys yksittäisen tutkijan arvojen vaikutukseen kasvaa. Tämä seikkaa pidettiin mielessä läpi tutkimusprosessin ja pyrittiin ratkaisemaan kirjoittamalla auki tutkijan omat tutkittavaan ilmiöön liittyvät ennakkokäsitykset, joihin hän asennoitui tietoisesti tutkimusta analysoidessa (Ruusuvuori ym. 2014). Tässä tutkimuksessa tutkijalla oli kokemusta oirearvoista oman työnsä kautta työterveyshuollosta ja hänellä oli palvelusta positiivinen kuva ja käyttökokemukset. Toisaalta tutustuuksaan ODA -hankkeen Oirearviopalveluun alustavasti, ensimmäinen voimakas miellelyhtymä oli, että Oirearviot ohjaavat liian herkästi vastaanotolle, ja jo alustavat tulokset 15.1.2019 (21 kappaletta) tukivat tätä. Jo tuossa vaiheessa laadullista aineistoa pystyi alustavasti kategorisoimaan. Aineisto alkoi tässä vaiheessa saturoitumaan, eli myöhemmin tulleet vastaukset noudattelivat jo saatujen vastausten tuloksia (Hirsjärvi ym. 2015).

5.2 Eettisyys

Tutkimuksen tekemisessä käytettävien menetelmien tulee olla päteviä sekä työskentelytavat tutkimuseettisesti kestäviä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012). Tutkittaville annettiin riittävästi tietoa tutkimuksesta saatekirjeessä ja yksityisyys huomioitiin raportoimalla tulokset siten, että raportista ei ole kukaan tai mikään yksikkö tunnistettavissa (Hirsjärvi ym., 2015, Polit & Bect, 2011). Tutkimukseen osallistujat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen ja tutkimuskysymyksiin vastaaminen katsottiin tietoiseksi suostumukseksi (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012).

Tulokset tullaan raportoimaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti kunnioittamalla toisia tutkijoita ja tutkittavia. Lähdeviittaukset ovat asianmukaisia ja alkuperäisiä tekijöitä kunnioittavia. Tulokset jaetaan tutkijayhteisön kanssa, jolloin tieteelliseen tietoon kuuluva julkisuuskriteeri täyttyy. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.)

Tutkimusta tehtiin kyselylomakkeen ja kyselyn levittämisen muodossa yhdessä Aalto-yliopiston tutkijatohtori Sari Kujalan kanssa. Tätä tutkimusta on rahoittanut Aalto-yliopiston osalta Suomen Akatemia. Tutkittavat voivat yhteystiedot jättäessään osallistua Aalto-yliopiston kustantamaan arvontaan, jossa arvotaan 10x2kpl elokuvalippuja. Tutkimuksella ei ole muita ulkopuolisia rahoittajia, ja tutkija oli tutkimusta tehdessään opintovapaalla. Tutkija sai tutkimuksen aikana aikuisopintotukea. Tutkittaville ei maksettu osallistumisesta korvausta.

Lähteet

- Alasoini, T. (2015). Digitalisaatio muuttaa työtä–millaista työelämää uudistavaa innovaatiopolitiikkaa tarvitaan? Teoksessa Työpoliittinen aikakauskirja 2/2015, 26-35. Työ-ja elinkeinoministeriö.
<https://tem.fi/documents/1410877/2874993/tak22015.pdf>
- Bouamrane, M.;& Mair, F. (2013). A study of general practitioners' perspectives on electronic medical records systems in NHSScotland. BMC Med Inform Decis Mak, 13(58). doi:10.1186/1472-6947-13-58
- Bresnahan, T.;Brynjolfsson, E.;& Hitt, L. (2002). Information Technology, Workplace Organization, and the Demand for Skilled Labor: Firm-Level Evidence. Quarterly Journal of Economics, 117(1), 339–376. doi:<https://doi.org/10.1162/003355302753399526>
- Brynjolfsson, E.;& Hitt, L. (2003). Computing Productivity: Firm-Level Evidence. Review of Economics and Statistics, 85(4), 793–808. doi:<https://doi.org/10.1162/003465303772815736>
- Cresswell , K.;& Sheikh , A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. International Journal of Medical Informatics, 82(5), e73-e86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.10.007>
- de Veer, A. J.;Fleuren, M. A.;Nienke, B.;& Francke, A. L. (2011). Successful Implementation of New Technologies in Nursing Care: A Questionnaire Survey of Nurse-Users. BMC Medical Informatics and Decision Making 11(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6947-11-67>
- Dranove, D.;Forman, C.; Goldfarb , A.;& Greenstein, S. (2014). The Trillion Dollar Conundrum: Complementarities and Health Information Technology. American Economic Journal: Economic Policy, American Economic Association, 239-70. doi: 10.3386/w18281
- Elo, S.;& Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. Apr,62(1), 107-15. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
- Esmacilzadeh , P.;& Sambasivan , M. (2016). Health Information Exchange (HIE): A literature review, assimilation pattern and a proposed classification for a new policy approach. Journal of Biomedical Informatics(64), 74-86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.09.011>
- Granja, C.;Janssen, W.;& Johansen, M. (2018). Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature. Journal of Medical Internet Research, 20(5). doi:10.2196/10235
- Grönfors , M. (2011). Laadullisen tutkimuksen kenttätöyömenetelmät. (H. Vikka, Toim.) Hämeenlinna: SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vikka.
http://vilkk.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf
- Harvey, J. S.;Dopson, R.;McManus, J.;& Powel, J. (2015). Factors Influencing the Adoption of Self-Management Solutions: An Interpretive Synthesis of the Literature on Stakeholder Experiences. Implementation Science 10(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0350-x>
- Heikkilä, T. (2014). Tilastollinen tutkimus (9.uud.p p.). Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Hirsijärvi, S.;Remes, P.;& Sajavaara , P. (2015). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen , M.;& Pulkkinen, P. (2013). Tilastolliset menetelmät. Porvoo: Wsoy.
- Hyppönen , H.;Winblad , I.;Reinikainen, K.; Angeria, M.;& Hirvasniemi, R. (2010). Kansalaisen sähköisen asioinnin vaikutukset terveysaseman toimintaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 25/2010. <https://thl.fi/documents/10531/99473/Raportti%202010%2025.pdf>

- Hämäläinen, H.;Jäppinen , T.;& Kivisaari, S. (2011). Mihin innovaatioita tarvitaan sosiaali- ja terveysalalla? *Yhteiskuntapolitiikka*(76), 219-226. <http://www.stakes.fi/yp/2011/2/hamalainen.pdf>
- Ilmarinen, V.;& Koskela, K. (2015). *Digitalisaatio, yritysjohton käsikirja*. Helsinki: Talentum.
- Ingebrigtsen , T.;Georgiou , A.; Clay-Williams , R.;Magrabi, F.;Hordern , A.;Prgomet, M.;Braithwaite , J. (2014). The impact of clinical leadership on health information technology adoption: Systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 83(Jun,6), 393-405. doi:10.1016/j.ijmedinf.2014.02.005.
- Isaac, W. (2007). *Performance Measurement for the e-Government Initiatives: A Comparative Study*. Doctoral dissertation. Nova Southeastern University. Retrieved from NSUWorks Graduate School of Computer and Information Sciences. (604). https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1603&context=gscis_etd
- Jacoby, L.;& Siminoff, L. (2009). Empirical methods for bioethics.A Primer 1. *The American Journal of Bioethics*, 11(6-7), 104-5. doi: 10.1080/15265160902918812
- Jaillah, M.;Almarie , B.;Kristelle , S.;& Adrian, G. (2017). Barriers to ElectroniHealth Record System Implementation and Information Systems Resources: A Structured Review. *Procedia Computer Science*(124), 544-551. doi:<https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.12.188>
- Jauhiainen, A. (2004). Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 113.
- Jauhiainen, A.;& Sihvo, P. (2014). Asiakas oman terveytensä ja hyvinvointinsa asiantuntija— tulevaisuusnäkymiä sähköisten terveyspalvelujen käyttöön. Teoksessa A. Jauhiainen;& P. Sihvo (Toim.), *Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa-Teoriasta käytäntöön*, 176-181. Kuopio: Karelia-ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequenc>
- Jauhiainen, A.;Sihvo, P.;& Ikonen, H. (2014). Terveydenhuollon henkilöstön osaaminen ja valmiudet ottaa käyttöön sähköiset terveyspalvelut. Teoksessa A. Jauhiainen ;& P. Sihvo (Toim.), *Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa– Teoriasta käytäntöön*, 26-39. Karelia ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequenc>
- Karisalmi, N.;Kaipio, J.;& Kujala, S. (2018). Hoitohenkilökunnan rooli potilaiden motivoinnissa ja ohjaamisessa terveydenhuollon sähköisten palveluiden käyttöön. *FinJeHeW*, 10(2-3), 210-220. <file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/69145-Article%20Text-92352-1-10-20180520.pdf>
- Kirkendall, E. S.;Goldenhar, L. M.;Simon, J. L.;Wheeler, D. S.;& Spooner, S. A. (2013). Transitioning from a Computerized Provider Order Entry and Paper Documentation System to an Electronic Health Record: Expectations and Experiences of Hospital Staff. (11), 1037–45. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.08.005>
- Koski, H.;Rouvinen, P.;& Yla-Anttila, P. (2001). *Uuden talouden loppu?* Helsinki: Taloustieto Oy (ETLA B 184, Sitra 245). <https://www.etla.fi/wp-content/uploads/etalous.pdf>

- Kujala, S.; Hörhammer, I.; Ervast, M.; Kolanen, H.; & Rauhala, M. (2018a). Johtamisen hyvät käytännöt sähköisten omahoitopalveluiden käyttöönotossa. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 10(2-3), 221–235. doi:<https://doi.org/10.23996/fhw.69140>
- Kujala, S.; & Miron-Shatz, T. (2015). The evolving role of expectations in long-term user experience. *Proceedings of the 19th International Academic Mindtrek Conference*, 167-174. doi:10.1145/2818187.2818271
- Kujala, S.; Hörhammer, I.; Kaipio, J.; & Heponiemi, T. (2018b). Health professionals' expectations of a national patient portal for self-management. *International Journal of Medical Informatics* 117, 82-87. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.06.005>
- Kuula, A. (2006). *Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H.; Elo, S.; Pölkki, T.; Kääriäinen, M.; & Kanste, O. (2011). Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*(23), 138-148.
- Laaksonen, S. (2013). *Survey metodiikka - Aineiston kokoamisesta puhdistamisen kautta analyysiin* (2 p.). bookboon.com.
- Laitinen, I. (2016). Työn mielekkyyden ja mahdollisuuksien tukeminen johtamisella. Teoksessa A. Syväjärvi; & V. Pietiläinen, *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen*, 147-179. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. <https://tampub.uta.fi/handle/10024/100410>
- Lehti, M.; Rouvinen, P.; & Ylä-Anttila, P. (2012). Suuri Hämmennys: Työ ja tuotanto digitaalisessa murroksessa. Helsinki: Taloustieto Oy (ETLA B254). <https://www.etla.fi/wp-content/uploads/2012/09/B254.pdf>
- Ludwick, D.; & Doucette, J. (2009). Adopting electronic medical records in primary care: Lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. *International Journal of Medical Informatics*, 78(1), 22-31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2008.06.005>
- OECD. (2013). *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy*, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. doi:<https://doi.org/10.1787/9789264193505-en>.
- Ojasalo, K.; Moilanen, T.; & Ritalahti, J. (2015). *Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan*. (3.-5. p p.). Helsinki: Sanoma Pro.
- Pajarinen, M.; & Rouvinen, P. (2014). Uudet teknologiat ja työ, taustamuistio TEMin Työn tulevaisuus-seminaariin 5.5.2014. Etlatieto Oy. <http://docplayer.fi/356185-Uudet-teknologiat-ja-tyo.html>.
- Polit, D.; & Bect, C. (2011). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruusuvuori, J.; Nikander, P.; & Hyvärinen, M. (2014). *Haastattelun analyysin vaiheet*. Tampere: Vastapaino.
- Sihvo, P.; Jauhainen, A.; & Itkonen, H. (2014). Terveystieteiden ammattilaisten laajeneva osaaminen sähköisten terveyspalvelujen käytössä ja kehittämisessä. Teoksessa A. Jauhainen; & P. Sihvo (Toim.), *Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa - Teoriasta käytäntöön*, 53-63. Karelia-ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequence=1>
- Sligo, J.; Gauld, R.; Roberts, V.; & Villa, L. (2017). Literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation.

- International Journal of Medical Informatics(97), 86-97.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.09.007>
- Sormunen, M.;Saaranen , T.;Tossavainen, K.;& Turunen, H. (2013). Monimenetelmätutkimus terveystieteissä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti(50), 312-321.
- Syväjärvi, A.;Lehtopuu, H.;Perttula , J.;Häikiö, M.;& Jokela, J. (2012). Inhimillisesti tehokas sairaala – työn mielekkyys henkilöstön kokemana. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Tuomi, J.;& Sarajärvi, A. (2017). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi_ (1 p.). Tammi.
- Vilkka, H. (2017). Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

ELEKTRONISET LÄHTEET:

- Euroopan komissio. (2019). Haettu 21. 1. 2019 osoitteesta https://ec.europa.eu/health/ehealth/overview_fi
- EUROPA. (2016). Euroopan komission Suomen-eduston teemajulkaisu. Haettu 21. 1. 2019 osoitteesta https://ec.europa.eu/finland/sites/finland/files/europa_teema_4_2016_final.pdf
- Itkonen, J. (2015). Kiihdyttääkö digitalisaatio talouskasvua? Euro ja talous 2-2015. Euro ja talous . Haettu 8. 2. 2019 osoitteesta <https://www.eurojatalous.fi/fi/blogit/2015-2/kiihdyttaako-digitalisaatio-talouskasvua/>
- Kuntaliitto.fi. (2018). Haettu 29. 10. 2018 osoitteesta <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/akusti/akusti-projektit/oda>
- KvantiMOTV. (2016). Haettu 18. 2. 2019 osoitteesta <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1200/2007. (2007). Haettu 10. 1. 2019 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071200>
- ODA-hanke. (2018). Haettu 18. 11. 2018 osoitteesta Omahoito- ja digitaaliset arvopalvelut projektin esittely: http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/akusti/akustiprojektit/omahoito/Documents/ODA%20esitys%20nettisivuille_Akusti.pdf.
- SoteDigi. (2019). Haettu 10. 1. 2019 osoitteesta <https://sotedigi.fi/omaolokasikirja/>
- SThES. (2016). XXI Kansallinen telelääketieteen ja eHealth seminaari. 2016. Helsinki: Suomen Telelääketiede ja eHealth seura ry. Haettu 21. 1. 2019 osoitteesta <https://www.telemedicine.fi/images/pdf/julkaisut/978-952-68112-4-6.pdf>
- STM. (2016). Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Haettu 12. 11. 2018 osoitteesta <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-ditalisaation-linjaukset-2025.pdf>
- THL. (2018). Terveyskeskusten asiakaspalautekyselyt. Haettu 12. 3. 2019 osoitteesta https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/sade/terveyskeskuspalaute/summary_tiiviste2
- Tilastokeskus. (ei pvm). Haettu 12. 12. 2018 osoitteesta <https://www.stat.fi/meta/kas/reliabiliteetti.html>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö. Haettu 17. 10. 2018 osoitteesta Wwww-dokumentti.: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

- Valtioneuvoston kanslia. (2010). Kestävästä kasvusta hyvinvointia ja elämänlaatua, Kasvutyöryhmän väliraportti. Valtioneuvoston kanslia. Haettu 15. 1. 2019 osoitteesta https://vnk.fi/documents/10616/622962/R0110_Kest%C3%A4v%C3%A4st%C3%A4+kasvusta+hyvinvointia+ja+el%C3%A4m%C3%A4nlaatua.pdf/6df51236-c843-40da-9ed0-4015c6f6fab2?version=1.0
- Valtionvarainministeriö. (2017). Haettu 16. 1. 2019 osoitteesta <https://vm.fi/digitalisaatio>

Liitteet**Liite 1.Kysymyslomake****1. Arvioi Oirearviota työsi kannalta**

		Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Oirearvio	vähentää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearvion avulla saan enemmän hyödyllistä tietoa asiakkaasta ennen tapaamista		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearvio	vähentää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rutiinitöiden	osuutta						
tehtävissäni							
Oirearvio	jättää enemmän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aikaa asiakaskohtamiseen							

2. Arvioi Oirearvion vaikutusta ammattirooliisi

		Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Oirearvio	vähentää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mahdollisuuksiani	hallita						
asiakasprosessia							
Oirearvio	vähentää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mahdollisuuksiani							
ammatilliseen	harkintaan						
työssäni							

3. Arvioi Oirearvion vaikutusta yksikkösi asiakkaisiin

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
--	-------------------------	------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------	---------------------

Oirearvio parantaa palvelujen saatavuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearvion avulla asiakkaat pääsevät hoitoon samoin kriteerein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearvio tukee yksilöllisen hoidon toteuttamista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uskon, että yli puolet asiakkaista on halukkaita käyttämään Oirearviota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uskon, että yli puolet asiakkaista osaa käyttää Oirearviota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Arvioi millaista Oirearvion käyttö on työssäsi:

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En enkä mieltä	samaa eri samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Oirearvio vastaa vaatimuksiani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearvion käyttö on turhauttavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearvio on helppo käyttää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Mitä hyötyä arvioit Oirearviosta olevan yksiköllesi tai omalle työllesi? (avoin kysymys)

6. Mitä haasteita arvioit Oirearvioon liittyvän yksikössäsi tai omassa työssäsi?(Avoin kysymys)

7. Miten Oirearvion käyttöönotto on toteutunut yksikössäsi?

Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En enkä mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
-------------------	------------------	----------------	--------------------	---------------------	---------------

Ammattilaisilla on mahdollisuus osallistua Oirearvion kehitystyöhön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearvioon liittyvät uudet työtehtäväni ovat minulle selviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearvion käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa on tarjolla riittävästi teknistä tukea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut Oirearvion käyttöön riittävästi koulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössäni on henkilö, jolla on päävastuu Oirearvion käytännöistä ja seurannasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearviopalveluiden tavoitteet ovat minulle selkeät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunnalle varattiin erikseen työaikaa Oirearvion käyttöönottoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirearvion käyttöön on varattu riittävästi resursseja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Taustatietokysymykset

8. Ikäsi?

vuosina _____

9. Sukupuolesi?

☐ Nainen

☐ Mies

10. Ammattisi?

☐ Terveystenhoitaja

☐ Sairaanhoidaja

☐ Fysio-/toimintaterapeutti

☐ Lääkäri/Hammaslääkäri

Muu, mikä?

☐ _____

11. Työskentelypaikkasi?

☐ Helsinki

☐ Tampere

☐ Oulu

☐ Hämeenlinna

☐ Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä

☐ Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Muu, mikä?

☐ _____

12. Oletko osallistunut Oirearvion suunnitteluun?

En Kyllä

Oirearvio-työryhmä (ODA-projekti) ☐ ☐

Oman yksikön sisäinen suunnittelu ☐ ☐

Muu, mikä: _____ ☐ ☐

13. Kuinka paljon käytät Oirearviota työssäsi?

☐ En ole käyttänyt

☐ Olen kokeillut

☐ 1-2 krt kuukaudessa

☐ Viikoittain

☐ Päivittäin

14. Tähän voit halutessasi kommentoida kyselyä tai Oirearviota.

15. Kiitos paljon vastauksistasi! Jos haluat osallistua 10 elokuvalipun arvontaan, kirjoita tähän sähköpostiosoitteesi. Sitä ei yhdistetä muihin tietoihisi.

Liite 2. Saatekirje

Tervetuloa Oirearvio-kyselyyn

Vastaamalla kyselyyn annat arvokasta tietoa Oirearviosta sekä olet mukana kehittämässä toimivampia palveluita ja työn mielekkyyttä. Vastaa kyselyyn 31.1.2019 mennessä. Kysely on nimetön ja kaikki antamasi tiedot ovat luottamuksellisia. Tulokset raportoidaan kootusti niin, ettei vastaajaa pysty tunnistamaan. Anonymisoitu data tullaan säilyttämään Yhteiskuntatieteellisessä tietoarkistossa. Halutessasi voit saada lisätietoa tutkimuksesta ja tutkimuksen etenemisestä alla nimetyltä tutkijalta.

Tämä kysely on Oulun yliopistossa terveyshallintotieteen maisteriopintoja suorittavan opiskelijan Riitta Hänninen-Ervastin Pro gradu työ. Kysely toteutetaan yhteistyössä Aalto-yliopiston kanssa osana Suomen Akatemian rahoittamaa hanketta COPE - Osaavan työvoiman varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon murroksessa (www.stncope.fi). Tutkimuksen tuloksia käytetään sekä sähköisten palveluiden käyttöönoton suunnitteluun että tieteelliseen tutkimukseen, jossa pyritään selvittämään, miten ammattilaisia voidaan tukea sosiaali- ja terveyspalvelujen digitalisaatiossa.

Tutkimusryhmän puolesta Sari Kujala
Tutkimuksen vastuullinen tutkija

Puh. 050 3862768, sari.kujala@aalto.fi

Liite 3. Alkuperäiset vastaukset kysymykseen 5

Mitä hyötyä arvioit Oirearviosta olevan yksiköllesi tai omalle työllesi?

Vastaajien määrä: 34

- 1.Selkiyttää ja tasapuolistaa hoitoon ohjausta, tarkoituksenmukaistaa hoitoon hakeutumista. Ohjaa oireenmukaisesti.
- 2.Vapauttaa lääkäriresurssia oikeaan käyttöön ja tasapuolistaa asiakkaiden ohjautuvuutta.
- 3.Sujuvoittaa hoitoon ohjautumista.
- 4.saadaan mietittyä asiaa valmiiksi pakattuna.
- 5.Erityisesti alaselkävun suhteen hyödyllistä, kun fysioterapeuteilla suoravastaanottoja.
- 6.Nopea apu asiakkaalle, jos oirearvio on hyvä sisällöltään, turhat käynnit pois, kustannustehokasta.
- 7.Asiakkaat ohjautuvat oikealle ammattilaiselle. Saan tietoa asiakkaasta etukäteen.
- 8.Se on riippumaton ajasta ja paikasta, asiakas voi täyttää sen vaikka keskellä yötä. Toisaalta ammattilaiselle sen käyttö mahdollistaa etätyötä myös sekä viesteihin vastaamisen itselle sopivaan ajankohtaan. Asiakkaat ohjautuvat paremmin oikealle ammattilaiselle (esim. ei hälyttäviä oireita&alaselkäkipua fysioterapeuteille eikä lääkärille) ja toisaalta saavat systemaattisemmin saman sisältöisiä itsehoito-ohjeita, jos käyntiä/kontaktia ammattilaiseen ei tarvitakaan.
- 9.Asiakkaan hoitoon pääsy voi nopeutua ja nopea kontakti. Hoidon taso on sama kaikille ja riippumatta kuka hoitaa.
- 10.Palvelee etenkin asiakasta, pääsee nopeasti ja joustavasti oikean palveluntuottajan vastaanotolle. Lääkäriaikoja vapautuu muuhun työhön.
- 11.Asiakkaiden esitietojen keruu automatisoituu, puheluruuhka helpottuu, asiakkaat ohjautuvat suoraan oikeaan paikkaan.
- 12.Systematisoi hoidontarpeen arvion joten asiakkaat ohjautuvat oikealle ammattilaiselle ja kriteerit on kaikille samat.
- 13.Asiakkaat päätyvät oikea-aikaisesti oikealle ammattilaiselle silloin kun ammattilaiselle on tarvetta. Mahdollisesti vähentää käyntejä vastaanotolla, jos itsehoito-ohjeita noudatetaan.
- 14.Toistaiseksi varsin vähän, kukaan ei sitä käytä!
15. Potilaan yhteydenotto tapahtuu hallitummin ja valmiiksi anamneesia tehty.
- 16.Emme tiedä niiden asiakkaiden lukumäärää, jotka eivät hakeudu fysioterapiaan oirearviokyselyn jälkeen. Olkapääkipujen ja selkäkipujen ennaltaehkäisyyn pitäisi panostaa lisää, resurssit?
- 17.antaa asiakkaille tietoa ja varmuutta pärjätä myös itsenäisesti ja vain oikeasti tarvitsevat päätyvät vastaanotolle.
- 18.asiakkaiden ohjautuvuus soikealle asiantuntijalle/ itsehoitoon.

- 19.Osa potilaista ohjautuu tulevaisuudessa suoraan lääkärrien/hoitajien työlistoille, jos hoito niin vaatii ja osa saa tarvitsemansa ohjeistuksen ilman muuta yhteydenottoa terveystietopalveluihin. Hyöty Tällä hetkellä, koska oirearvio on keskeneräinen, työmäärä on vain lisääntynyt ja osa työntekijöistä pitää oirearviota sekavana. Haaste.
- 20.Asiakas välttyy puhelimesta jonottamiselta, mikä on oikein hyvä asia. Ammattilaisena pidän myös enemmän verkkokontaktista kuin kasvotusten tai puhelujen avulla kommunikoinnista.
- 21.Tiedon näkyminen näytöllä helpottaa sen kirjaamista potilastietoihin. Puhelun aikana tiedon ylöskirjoittaminen vaatii keskittymistä, jotta saa kaikki tarvittavat tiedot ylös. Oirearviossa kysymykset on valmiiksi lueteltuna vastausvaihtoehtoineen.
- 22.Jos se saadaan laajempaan käyttöön, vähenevät puhelut ja näin ollen hoitajien käsiä vapautuu muuhunkin työhön kuin puhelimesta puhumiseen.
23. ajanvarauksen puhelinruuhka helpottuu
- 24.Joustavaa ja nopeaa palvelua, vähentää huomattavasti soittopyyntöjä
- 25.Ennakkotiedot asiakkaasta olemassa.
- 26.Osa potilaista siirtyy puhelimen sijaan käyttämään oirearvioita, oman työn hallinta paranee (ehkä) kun työjonon käyttö helpottuu, akuuttivastaanotolta siirtyy potilaita käyttämään oirearvioita ja jonottaminen vähenee.
- 27.Tausta-ajatuksena lienee turhien käyntien vähentäminen ja potilaan omahoito-ohjeiden helppo saatavuus. Oirearvion ohjatesa ehkä turhankin helposti päivystykseen voi tilanne kuitenkin olla täysin toivottua päinvastainen.
28. Potilas on oirearvioiden avulla oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Ei joudu monen kautta kulkemaan saadakseen hoitoa oireisiinsa. Myös Omaoloa pystyy suosittelemaan, sillä siellä on luotettavaa tietoa (Duodecim).
- 29.Jos se toimii oikein, sen pitäisi ohjata asiakkaat oikeaan paikkaan.
- 30.Pystyy ennen potilaskontaktia perehtymään potilaan tilanteeseen ja etsimään tarvittaessa lisätietoa joten on valmiimpi kun kontaktinoton aika on.
- 31.Tietäessä oireissa esim. VTI:ssä toimii, muuten asiakas olisi kyllä nähtävä livenä.
32. Toimiessaan hyvä, jos huonosti täytetty tai väärin ymmärretty tai jopa tarkoitushakuisesti rastitettu niin ei toimi.
33. Osa saa kotiohjeet ja jättää soittamatta -> vapautuu aikaa ja vastaanottoaikoja
34. Lääketieteellisesti tarpeettomat käynnit saattavat osin vähentyä oirearvion suositellessa kotihoitoa.
35. Kontakti on aina hoidettava, mutta on pois esim puhelimesta. Mutta työ eli resurssi sen tekemiseen tarvitaan yhä. silti on parempi, kun siirtyisi verkkoon edes osa.
36. Yksikölle se hyöty, että asiakas on poissa puhelujonosta.
37. Periaatteessa esim. virtsatieinfektiopotilaat olisi helppoja hoitaa oma-olon kautta. Valmiiksi annettu oirekuvaus vähentää hoitajan työtä.
38. Hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen saadaan tärkeää tietoa oirearviosta työlleni

39. Osa potilaista saattaa saada vastauksen kysymykseen pitääkö lähteä päivystykseen vai. Käynnit voi vähentyä

Liite 4. Alkuperäiset vastaukset kysymys 6

Mitä haasteita arvioit Oirearvioon liittyvän yksikössäsi tai omassa työssäsi?

Vastaajien määrä: 35

1. Internetaikoja jää vapaiksi, tyhjäkäyntiä.
2. Osin joudutaan tekemään vielä ns. turhia kirjauksia vanhanaikaisen Kelan vuoksi. Osa asiakkaista ei osaa käyttää tietokonetta. Osa avustavan henkilöstön työstä on siirtynyt oirekartoittimien myötä hoitotyötä tekeville asiantuntijoille.
3. Palvelu uutta ja vaatii vielä kehittämistyötä.
4. osa asiakkaista jää sen ulkopuolelle, kun ATK taidot puutteellisia, kaikilla ei ole edes laitteita joilla palveluun pääsee.
5. Oirearvion oikea käyttö. ->?
6. Työtä pitäisi tehdä riittävästi, jotta tuntuma säilyy. Päivät hyvin erilaisia. Meneekö joku vakava asia kuitenkin seulasta läpi.
7. Osa asiakkaista ei käytä tietokonetta.
8. Kaikki asiakkaista ja osa omista työntekijöistä ei osaa käyttää kovin hyvin tietokoneita ja tietokoneohjelmia, osaamisen taso vaihtelee. Osalle tietokoneen käyttö on hyvin hidasta. Alkuvaiheessa oirearviot on yksikössämme viritetty "varmuuden vuoksi" melko herkälle, mutta saadun palautteen kysymyksiä on muokattu kansalaisille paremmin ymmärrettävään muotoon.
9. On edelleen paljon asiakkaita, jotka eivät käytä eivätkä osaa käyttää internetiä, joten tällaiset eivät voi olla pelkästään verkossa jatkossakaan. Eri oireiden erilaiset ohjeet pitäisi olla mahdollisimman yksinkertaiset ja samankaltaiset, nyt vaihtelevuutta on liikaa.
10. Yksikössä on vielä oirearvio sisäänajovaiheessa ja kaikki asiakkaat eikä työntekijäkään ole riittävästi tietoisia oirearvioista. Oman työn osalta akuuttiasiakas tulee vastaanotolleni nopeammin kuin vanhassa systeemissä, tämä nopeuttaa asiakkaan paluuta työhön. Oma vastuu oirearvioon osallisena korostuu, positiivista. Yhteistyö ja konsultaatiomahdollisuus on tärkeää!
11. asiakkaat ottavat yhtyettä monen sähköisen kanavan kautta ja asioita käsitellään päällekkäin (pahimmillaan 3 käsittelijää yhtäaikaan). esitetietojen siirto leikkaaliimaa-tekniikalla hidasta.
12. Tottuminen uuteen tapaan tehdä työtä
13. Vanhojen työskentelytapojen muuttaminen, muutosvastarinta. Osaaminen ja halu käyttää digitaalisia palveluja ei kaikilla ole yhteneväinen. Yhtäläinen toiminta kaikilla, jotka oirearvioita käyttävät.
14. Resurssointi. meillä on muutenkin alimiehitys. Se on yksi lisäasia muistettavaa/hoidettava eikä pitkään aikaan tulee vähentämään työmäärämme(jos koskaan)
15. Ei suoraa integraatiota potilastietojärjestelmään.

16. Mikäli yhteydenottoja tulee runsaasti, menee aikaa selvittää millä perusteilla asiakas on valinnut yhteydenottoon johtaneet vastaukset. Onko tällä selvittelyllä merkitystä varsinaisen ongelman kannalta? Onko valinnat riittävän eritteleviä? Vaikka valinnat olisivat olleet "väärä" niin asiakas ilmeisesti kuitenkin tarvitsee tukea ja kannustusta, jos tuntee itsensä sairaaksi.

17. aluksi saattaa kuormittaa, jos ihmiset oikein innostuvat täyttämään ja joutuu ottamaan jo täyden listan väliin, lisäksi olen huomannut, että oirearvio ohjaa melko löyhän perustein

18. kaivattaisiin lisäkoulutusta ennen käyttöön ottoa

19. Jos oirearviolomakkeiden käsittely on ammattilaisen muistin varassa, on lomakkeiden eteneminen epäluotettavaa ja käsittelyaika vaihtelee suuresti. Oirekyselyn tulisi ohjautua suoraan ammattilaisen työlistalle. 2. Oirearvion tulisi näkyä suoraan myös käytössä olevassa terveystietojärjestelmässä tai Kanta-palvelussa, jotta asiakkaan vaivaa ei hoidettaisi päällekkäin monen terveydenhuollon toimijan kautta (asiakkaalla on taipumus ottaa yhteyttä moneen tahoon yhtäikaa, jos palvelu ei ole välitöntä)

20. Esimies ei ole kannustava asian suhteen. Se tuottaa haasteita.

21. Oirearvio ja potilastietojärjestelmä eivät keskustele keskenään, joten tietoja ei saa suoraan siirrettyä "napin painalluksella". Kaikki lääkärit eivät myöskään Oirearviota käytä, joten eivät pääse tarkastamaan potilaan vastauksia sieltä. Tämä lisää virheiden riskiä.

22. Ainakin aluksi Oirearvio-sivusto oli melko sekavan oloinen. Potilaiden viestejä sai hakea monesta eri paikasta.

23. osa tiedoista jää puuttumaan.

24. omassa yksikössä potilaat usein täyttävät oirekartoittimen, mutta ovat muullakin tavoin yhteydessä esim. puhelinsoitto, chat. Tämä turhauttaa.

25. Aika ja etenkin oirearvion vastauksien tulkinta/ oirearviolomakkeen ohjaamat toimintatavat ja niiden tarkistus. Siellä on vielä paljon kohtia, jotka liian herkästi ohjaavat ottamaan yhteyttä päivystyksellisesti ja näin lisäävät työmäärää.

26 Ei vähennä vastaanottotyötä vaan on mahdollisesti uusi väylä vastaanottokäynneille mikä lisää työtaakkaa.

27. Tällä hetkellä oirekysely työllistää enemmän kuin puhelu koska potilaat eivät osaa sitä käyttää. Jos työnteko hankaloituu oirearvioiden vuoksi, voi olla että sitä ei haluta käyttää. Kaikki eivät ole halukkaita käyttämään sähköisiä välineitä, mutta en osaa sanoa onko se huono asia tai haaste välttämättä.

28. Oirearvio ohjaa päivystykseen hyvin herkästi.

29. Lisää työmäärää.

30. Koko työyhteisö. että johto saadaan sitoutumaan, että potilaan asiat voidaan hoitaa oirearvion kautta eikä terveystasemalla käyntiä 'varmuuden vuoksi' tarvita

31. Se ohjaa edelleen aivan liian paljon suoraan lääkärille tai päivystykseen. Jo sairasloman kirjoitus ohjaa kaikki lääkärille, vaikka hoitajille ja Ft:llä on 5 päivän siirto-oikeus

32. Kuka niitä ehtii lukea, samassa ajassa käyvät vo:lla.
33. Oirearvioprosessi ja sen hyödyt eivät kohtaa eli työllistää enemmän kuin nyt saatu hyöty on.
34. Asiakkaiden osaamattomuus palvelun käytössä. Työnjaon selkiytymättömyys>
35. vapaiden lääkäriaikojen suuntaaminen vain oirearvion täyttäneille asiakkaille-
36. Kiire, vähäiset resurssit, paljon työtä ja asiakkaita.
37. Omassa työssäni haasteellista on hoitaa hoidontarpeen arviopuhelut, joita on päivän aikana runsaasti sekä hoitaa oirearvioita, joka ajoittain on hidasta ja aikaa vievää.
38. potilastietojärjestelmä ja omaolo eivät keskustele keskenään.
39. Ymmärtävätkö ns. maallikot kysymyksien tarkoituksen samoin kun me hoitoalan henkilöt? Tällä hetkellä oirearvion osalta ei tule herätettä digihoitajalle asiakkaan yhteydenotosta.
40. Aikaa vievää. Puhelimitse hoituisi asian hoito nopeammin.
41. Haluan saada potilaalta enemmän tietoa. Esim. selkäkipu oirearvio ei kysy mitä lääkkeitä on käyttänyt ja kuinka paljon. Puhelimessa helpompi kysyä kaikki samalla istumalla. Oirearviossa pitää odottaa, että asiakas vastaa täydentäviin kysymyksiin.
- 42.(32). Toimiessaan hyvä, jos huonosti täytetty tai väärin ymmärretty tai jopa tarkoitushakuisesti rastitettu niin ei toimi. (siirretty hyödyistä haasteisiin)

SIIRRETTY HYÖDYISTÄ HAASTEISIIN

14. Toistaiseksi varsin vähän, kukaan ei sitä käytä
16. Emme tiedä niiden asiakkaiden lukumäärää, jotka eivät hakeudu fysioterapiaan oirearviokyselyn jälkeen. Olkapääkipujen ja selkäkipujen ennaltaehkäisyyn pitäisi panostaa lisää, resurssit?
32. Toimiessaan hyvä, jos huonosti täytetty tai väärin ymmärretty tai jopa tarkoitushakuisesti rastitettu niin ei toimi.

SIIRRETTY HAASTEISTA HYÖTYOSIOON

10. Oman työn osalta akuuttiasiakas tulee vastaanotolleni nopeammin kuin vanhassa systeemissä, tämä nopeuttaa asiakkaan paluuta työhön. Oma vastuu oirearvioon osallisena korostuu, positiivista.

Liite 5. Hyödyt omalle työlle (suluissa kysymyksessä liitteen 5 numero)

- 1.Selkiyttää ja tasapuolistaa hoitoon ohjausta, tarkoituksenmukaistaa hoitoon hakeutumista
- 2.(4). saadaan mietittyä asiaa valmiiksi pakattuna
- 3.(7).Asiakkaat ohjautuvat oikealle ammattilaiselle. Saan tietoa asiakkaasta etukäteen
- 4.(8). Toisaalta ammattilaiselle sen käyttö mahdollistaa etätöitä myös sekä viesteihin vastaamisen itselle sopivaan ajankohtaan. Asiakkaat ohjautuvat paremmin oikealle ammattilaiselle (esim. ei hälyttäviä oireita&alaselkäkipua fysioterapeutille eikä lääkärille)
- 5.(9). Hoidon taso on sama kaikille ja riippumatta kuka hoitaa.
- 6.(11). Asiakkaiden esitietojen keruu automatisoituu, puheluruuhka helpottuu, asiakkaat ohjautuvat suoraan oikeaan paikkaan
- 7.(12). Systematisoi hoidontarpeen arvion joten asiakkaat ohjautuvat oikealle ammattilaiselle ja kriteerit on kaikille samat.
- 8.(13).Asiakkaat päätyvät oikea-aikaisesti oikealle ammattilaiselle silloin kun ammattilaiselle on tarvetta. Mahdollisesti vähentää käyntejä vastaanotolla, jos itsehoito-ohjeita noudatetaan
- 9.(15). valmiiksi anamneesia tehty
- 10.(20). Ammattilaisena pidän myös enemmän verkkokontaktista kuin kasvotusten tai puhelujen avulla kommunikoinnista.
- 11.(21). Tiedon näkyminen näytöllä helpottaa sen kirjaamista potilastietoihin. Puhelun aikana tiedon ylöskirjoittaminen vaatii keskittymistä, jotta saa kaikki tarvittavat tiedot ylös. Oirearviossa kysymykset on valmiiksi lueteltuna vastausvaihtoehtoineen
- 12.(25). Ennakkotiedot asiakkaasta olemassa
- 13.(26). Osa potilaista siirtyy puhelimen sijaan käyttämään oirearvioita, oman työn hallinta paranee (ehkä) kun työjonon käyttö helpottuu
- 14.(29). Myös Omaoloa pystyy suosittelemaan, sillä siellä on luotettavaa tietoa
- 15.(31).Pystyy ennen potilaskontaktia perehtymään potilaan tilanteeseen ja etsimään tarvittaessa lisätietoa joten on valmiimpi kun kontaktinoton aika on
- 16.(10). SIIRRETTY HAASTEISTA Oman työn osalta akuuttiasiakas tulee vastaanotolleni nopeammin kuin vanhassa systeemissä, tämä nopeuttaa asiakkaan paluuta työhön. Oma vastuu oirearvioon osallisena korostuu,positiivista

Liite 6. Haasteet omalle työlle (suluissa liitteen 6 numero)

- 1.Osin joudutaan tekemään vielä ns. turhia kirjauksia vanhanaikaisen Kelan vuoksi. Avustavan henkilöstön työstä on siirtynyt oirekartoittimien myötä hoitotyötä tekeville asiantuntijoille.
- 2.(6). Työtä pitäisi tehdä riittävästi, jotta tuntuma säilyy. Päivät hyvin erilaisia. Meneekö joku vakava asia kuitenkin seulasta läpi.
- 3.(11). Esitietojen siirto leikkaaliimaa-tekniikalla hidasta
- 4.(12). Tottuminen uuteen tapaan tehdä työtä-
- 5.(16). Mikäli yhteydenottoja tulee runsaasti, menee aikaa selvittää millä perusteilla asiakas on valinnut yhteydenottoon johtaneet vastaukset
- 6.(17). aluksi saattaa kuormittaa, jos ihmiset oikein innostuvat täyttämään ja joutuu ottamaan jo täyden listan väliin
- 7.(18). kaivattaisiin lisäkoulutusta ennen käyttöön ottoa
- 8.(23). osa tiedoista jää puuttumaan
- 9.(25). Aika ja etenkin oirearvion vastauksien tulkinta/ oirearviolomakkeen ohjaamat toimintatavat ja niiden tarkistus
- 10.(26). Ei vähennä vastaanottotyötä
- 11.(27). Tällä hetkellä oirekysely työllistää enemmän kuin puhelu koska potilaat eivät osaa sitä käyttää. Jos työnteko hankaloituu oirearvioiden vuoksi, voi olla, että sitä ei haluta käyttää. Kaikki eivät ole halukkaita käyttämään sähköisiä välineitä, mutta en osaa sanoa onko se huono asia tai haaste välttämättä
- 12.(29). Lisää työmäärää
- 13.(32). Kuka niitä ehtii lukea, samassa ajassa käyvät vo:lla->turhautuminen, vanha käytäntö parempi
- 14.(33). Oirearvioprosessi ja sen hyödyt eivät kohtaa eli työllistää enemmän kuin nyt saatu hyöty on
- 15.(38). Hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen saadaan tärkeää tietoa oirearviosta työlleni
16. (39)Tällä hetkellä oirearvion osalta ei tule herätettä digihoitajalle asiakkaan yhteydenotosta.
17. (41).Haluan saada potilaalta enemmän tietoa. Esim selkäkipu oirearvio ei kysy mitä lääkkeitä on käyttänyt ja kuinka paljon. Puhelimessa helpompi kysyä kaikki samalla istumalla. Oirearviossa pitää odottaa, että asiakas vastaa täydentäviin kysymyksiin.

Liite 7. Hyödyt omalle yksikölle (suluissa liitteen 5 numero)

- 1.Selkiyttää ja tasapuolistaa hoitoon ohjausta, tarkoituksenmukaistaa hoitoon hakeutumista. Ohjaa oireenmukaisesti.
- 2.Vapauttaa lääkäriresurssia oikeaan käyttöön ja tasapuolistaa asiakkaiden ohjautuvuutta.
- 3.Sujuvoittaa hoitoon ohjautumista.
- 4.(5). Erityisesti alaselkäkivun suhteen hyödyllistä, kun fysioterapeuteilla suoravastaanottoja.
- 5.(6). Nopea apu asiakkaalle, jos oirearvio on hyvä sisällöltään, turhat käynnit pois, kustannustehokasta.
- 6.(8). systemaattisemmin saman sisältöisiä itsehoito-ohjeita, jos käyntiä/kontaktia ammattilaiseen ei tarvitakaan.
- 7.(9). Hoidon taso on sama kaikille ja riippumatta kuka hoitaa.
- 8.(10). pääsee nopeasti ja joustavasti oikean palveluntuottajan vastaanotolle. Lääkärinaikoja vapautuu muuhun työhön.
- 9.(11). puheluruuhka helpottuu, asiakkaat ohjautuvat suoraan oikeaan paikkaan
- 10.(12). Systematisoi hoidontarpeen arvion, kriteerit kaikille samat
- 11.(13). Mahdollisesti vähentää käyntejä vastaanotolla, jos itsehoito-ohjeita noudatetaan.
- 12.(15). yhteydenotto tapahtuu hallitummin
- 13.(17) antaa asiakkaille tietoa ja varmuutta pärjätä myös itsenäisesti ja vain oikeasti tarvitsevat päätyvät vastaanotolle
- 14.(18.) asiakkaat ohjautuvat oikealle asiantuntijalle/itsehoitoon
- 15.(19). Osa potilaista ohjautuu tulevaisuudessa suoraan lääkärien/hoitajien työlistoille, jos hoito niin vaatii ja osa saa tarvitsemansa ohjeistuksen ilman muuta yhteydenottoa terveyspalveluihin
- 16.(22). Jos se saadaan laajempaan käyttöön, vähenevät puhelut ja näin ollen hoitajien käsiä vapautuu muuhunkin työhön kuin puhelimessa puhumiseen
- 17.(23) ajanvarauksen puhelinruuhka helpottuu
- 18.(24). Joustavaa ja nopeaa palvelua, vähentää huomattavasti soittopyyntöjä
- 19.(25). Osa potilaista siirtyy puhelimen sijaan käyttämään oirearvioita
- 20.(27). Tausta-ajatuksena lienee turhien käyntien vähentäminen ja potilaan omahoito-ohjeiden helppo saatavuus. Oirearvion ohjatessa ehkä turhankin helposti päivystykseen voi tilanne kuitenkin olla täysin toivottua päinvastainen.
- 21.(28) Potilas on oirearvioiden avulla oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Ei joudu monen kautta kulkemaan saadakseen hoitoa oireisiin
- 22.(31) Tietyissä oireissa esim. VTI:ssä toimii

23.(39) Osa potilaista saattaa saada vastauksen kysymykseen pitääkö lähteä päivystykseen vai. Käynnit voi vähentyä

Liite 8. Haasteet yksikölle , (suluissa alkuperäisen vastauksen numero liite 6)

1. Internetaikoja jää vapaiksi, tyhjäkäyntiä
2. Osin joudutaan tekemään vielä ns. turhia kirjauksia vanhanaikaisen Kelan vuoksi
3. Palvelu uutta ja vaatii vielä kehittämistyötä.
- 4.(5). Oirearvion oikea käyttö
- 5.(8). Kaikki asiakkaista ja osa omista työntekijöistä ei osaa käyttää kovin hyvin tietokoneita ja tietokoneohjelmia, osaamisen taso vaihtelee. Osalle tietokoneen käyttö on hyvin hidasta. Alkuvaiheessa oirearviot on yksikössämme viritetty "varmuuden vuoksi" melko herkälle, mutta saadun palautteen kysymyksiä on muokattu kansalaisille paremmin ymmärrettävään muotoon.
- 6.(9). On edelleen paljon asiakkaita, jotka eivät käytä eivätkä osaa käyttää internetiä, joten tällaiset eivät voi olla pelkästään verkossa jatkossakaan Eri oireiden erilaiset ohjeet pitäisi olla mahdollisimman yksinkertaiset ja samankaltaiset, nyt vaihtelevuutta on liikaa.
- 7.(10). Yksikössä on vielä oirearvio sisäänajovaiheessa ja kaikki asiakkaat eikä työntekijäkään ole riittävästi tietoisia oirearvioista. Yhteistyö ja konsultaatiomahdollisuus on tärkeää!
- 8.(11). asiakkaat ottavat yhtyettä monen sähköisen kanavan kautta ja asioita käsitellään päällekkäin (pahimmillaan 3 käsittelijää yhtäkaa).
- 9.(13). Vanhojen työskentelytapojen muuttaminen, muutosvastarinta. Osaaminen ja halu käyttää digitaalisia palveluja ei kaikilla ole yhteneväinen. Yhtäläinen toiminta kaikilla, jotka oirearvioita käyttävät.
- 10.(14). Resurssointi. meillä on muutenkin alimiehitys. Se on yksi lisäasia muistettavaa/hoidettava eikä pitkään aikaan tulee vähentämään työmäärämme(jos koskaan)
- 11.(15). Ei suoraa integraatiota potilastietojärjestelmään
- 12.(17). olen huomannut, että oirearvio ohjaa melko löyhin perustein vastaanotolle
- 13.(19). Oirearvion tulisi näkyä suoraan myös käytössä olevassa terveystietojärjestelmässä tai Kanta-palvelussa, jotta asiakkaan vaivaa ei hoidettaisi päällekkäin monen terveydenhuollon toimijan kautta(asiakkaalla on taipumus ottaa yhteyttä moneen tahoon yhtäkaa, jos palvelu ei ole välitöntä)-
- 14.(20). Esimies ei ole kannustava asian suhteen. Se tuottaa haasteita.
- 15.(21). Oirearvio ja potilastietojärjestelmä eivät keskustele keskenään, joten tietoja ei saa suoraan siirrettyä "napin painalluksella". Kaikki lääkärit eivät myöskään Oirearviota käytä, joten eivät pääse tarkastamaan potilaan vastauksia sieltä. Tämä lisää virheiden riskiä.
16. (22). Ainakin aluksi Oirearvio-sivusto oli melko sekavan oloinen. Potilaiden viestejä sai hakea monesta eri paikasta.
- 17.(23). osa tiedoista jää puuttumaan

- 18.(24). omassa yksikössä potilaat usein täyttävät oirekartoittimen, mutta ovat muullakin tavoin yhteydessä esim. puhelinsoitto, chat. Tämä turhauttaa.
- 19.(25). Siellä on vielä paljon kohtia, jotka liian herkästi ohjaavat ottamaan yhteyttä päivystyksellisesti ja näin lisäävät työmäärää.
- 20.(26). Ei vähennä vastaanottotyötä vaan on mahdollisesti uusi väylä vastaanottokäynneille mikä lisää työtaakkaa.
- 21.(27). Tällä hetkellä oirekysely työllistää enemmän kuin puhelu koska potilaat eivät osaa sitä käyttää.
- 22.(28). Oirearvio ohjaa päivystykseen hyvin herkästi.
- 23.(30). Koko työyhteisö, että johto saadaan sitoutumaan, että potilaan asiat voidaan hoitaa oirearvion kautta eikä terveysasemalla käyntiä 'varmuuden vuoksi' tarvita.
- 24.(31). Se ohjaa edelleen aivan liian paljon suoraan lääkärille tai päivystykseen. Jo sairasloman kirjoitus ohjaa kaikki lääkärille, vaikka hoitajille ja Ft:llä on 5 päivän sl-kirjoitusoikeus
32. Toimiessaan hyvä, jos huonosti täytetty tai väärin ymmärretty tai jopa tarkoitushakuisesti rastitettu niin ei toimi.
- 25.(33). Oirearvioprosessi ja sen hyödyt eivät kohtaa
- 26.(34). Asiakkaiden osaamattomuus palvelun käytössä Työnjaon selkiytymättömyys.
- 27.(35). vapaiden lääkäriaikojen suuntaaminen vain oirearvion täyttäneille asiakkaille->
28. (39). Ymmärtävätkö ns. maallikot kysymyksien tarkoituksen samoin, kun me hoitoalan henkilöt
- 29.(40). Aikaa vievää. Puhelimitse hoituisi asian hoito nopeammin

Liite 9. Tutkimusluvut



Oulun kaupunki
Terveysjohtaja
Liisa Kylmänen
Hyvinvointipalvelut
Terveyspalvelut

Tutkimuslupapäätös

§ 51/2018

14.12.2018

OUKA/11540/07.01.04.02/2018

Asia

Tutkimuslupa Oulun kaupungin terveyspalveluissa tehtävään tutkimukseen: Riitta Hänninen-Ervasti

Asianosainen

Riitta Hänninen-Ervasti

Selostus asiasta

Tutkimuksen nimi: Sähköiset (omahoito)palvelut ovat keskeisessä roolissa sote-uudistuksessa – Hoitotyön ammattilaisten kokemuksia oirearvioiden/oirekartoittimien käyttöönoton jälkeen
Tutkimuslaitos/-yksikkö: Oulun yliopisto, lääketieteen laitos, hoito- ja terveyshallintotieteen yksikkö
Tutkimusaika: tutkimuksen arvioitu valmistumisaika on toukokuussa 2019
Oulun kaupungilta vaadittavat resurssit ja työpanos: Oulun kaupungille ei aiheudu kustannuksia
Liitteet: tutkimuslupahakemus, -suunnitelma.

Lääkäripalveluiden vs. palvelupäällikkö Eila Erkkilä puoltaa luvan myöntämistä tutkimukselle.

Päätös perusteluineen

Myönnän Riitta Hänninen-Ervastille tutkimusluvan hakemuksen mukaisesti.

Allekirjoitus

Liisa Kylmänen
Terveysjohtaja
puh. 044 703 4174

Valmistelija ja puh.

Ilmoitus otto-oikeutetulle viranomaiselle

☒ Ei ☐ Kyllä

Otto-oikeusviranomainen: Hyvinvointilautakunta

Tiedoksiantaminen

Riitta Hänninen-Ervasti, Eila Erkkilä

Allekirjoitettu sähköisesti Oulun kaupungin asianhallintajärjestelmässä 18.12.2018 13:01
Kylmänen Liisa, vs. terveysjohtaja



HÄMEENLINNAN KAUPUNKI
Sosiaali ja terveys
Terveysjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
Nro 37
10.12.2018
Dno HML/5139/00.01.05/2018

Asia: Tutkimusluvan myöntäminen

Tutkimusluvan hakija: Eeva Riitta Hänninen-Ervasti

Tutkimuksen nimi: SÄHKÖISET (OMAHOITO)PALVELUT OVAT KESKEISESSÄ ROOLISSA SOTE-UUDISTUKSESSA-Hoitotyön ammattilaisten kokemuksia oirearvioiden/oirekartoittimien käytöstä käyttöönoton jälkeen

Taustaorganisaatio: Oulun yliopisto

Kaikki kaupungin tutkimusluvut myönnetään seuraavilla ehdoilla:

Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaiselta informantilta on pyydetty suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimusluvan myöntämisen ja tietojen luovuttamisen ehtona on, että tutkimuksen tekijä sitoutuu huolehtimaan tietojen käsittelyä ottaen huomioon henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön. Tutkimuksen tekijä on velvollinen käyttämään tietoja luottamuksellisesti ja ainoastaan tämän tutkimuksen tekemiseksi. Tutkimuksen valmistuttua tiedot on hävitettävä asian mukaisella tavalla.

Tutkimuksen tekijä sitoutuu luovuttamaan Hämeenlinnan kaupungin kehittämispalveluille yhden sähköisen kappaleen valmistuneesta tutkimustyöstä. Myönnetyt tutkimusluvut ja valmistuneet tutkimusraportit ovat nähtävissä Hämeenlinnan kaupungin www-sivuilla. Tutkijan tulee kieltää www-sivuilla julkaiseminen, mikäli se vaarantaa tutkimuksen luottamuksellisuuden. Hakijan tulee pyydettäessä tulla esittelemään tutkimustulokset Hämeenlinnan kaupungille.

Liitteet:
Opinnäytetyö- ja tutkimuslupahakemus
Tutkimussuunnitelma

Kustannukset: -

Toimivalta: Hallintosääntö 2. luku, § 16.1

Lisätiedot: Terveysjohtaja Juha Tiainen, puh. 03 621 9344

Päätös: Myönnän tutkimusluvan. Tutkimuslupa myönnetään edellä mainituilla yleisillä ehdoilla.

Nimeän kaupungin yhdyshenkilöksi tutkimukseen Jaana Myllymaan,
jaana.myllymaa@hameenlinna.fi

Hämeenlinnassa

10.12.2018

Terveysjohtaja

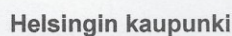


Juha Tiainen

Otteen oikeaksi todistaa:

Hämeenlinnassa

10.12.2018



Pöytäkirjanote

1 (2)

Terveysasemien johtajaläää

Riitta Hänninen-Ervasti
Pihlajaranta 6
90460 Oulunsalo

27 §

Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2018-012973

HEL 2018-012973 T 13 02 01

Päätös

Terveysasemien johtajalääkäri päätti myöntää tutkimusluvan Riitta Hänninen-Ervastin tutkimuslupahakemukselle "Sähköiset omahoitopalvelut Sote-uudistuksessa" (pro gradu). Yhteyshenkilö sosiaali- ja terveystieteissä on johtava ylihoitaja Lilli Väisänen. Tutkimuslupa on voimassa 31.7.2019 saakka.

Päätöksen perustelut ja ehdot

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata miten hoitotyön ammattilaiset kokevat oirearvioiden käyttöönoton, ja miten johtamisen hyvät käytännöt toteutuvat perusterveydenhuollon tasoisessa yksikössä hoitotyön ammattilaisten kokemina digitaalisten palvelujen käyttöönoton jälkeen. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää oirearviopalveluiden kehittämisessä. Tutkimus toteutetaan verkkokyselynä. Tutkimukseen vastaaminen on vapaaehtoista eikä aineistosta ole tunnistettavissa yksittäisiä vastaajia. Tutkimusaineistoa säilytetään ilman tunnistetietoja Yhteiskuntatieteellisessä tietoaarkistossa.

Tutkimuslupa on sovelletaan seuraavia ehtoja:

Tutkimusraportista ei saa olla tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Tutkimuksesta ei tule koitua kustannuksia sosiaali- ja terveystoimelle.

Tutkimuksessa syntyvä henkilörekisteri hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla.

Tutkija saapuu pyydettyäessä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin sosiaali- ja terveystoimeen.

Postiosoite
PL 6000

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A

Puhelin
+358 9 310 5015

Y-tunnus
0201256-6

Tilinro
FI1880001200052430

Sähköpostivastaus Tampere.fi.sta tutkimusluvasta 10.1.2019

Hei, tutkimuslupa on käsitelty seuraavin tiedoin.

Hakija 1:

Sukunimi: Hänninen-Ervasti

Etunimi: Riitta

Organisaatio:

Osoite: Pihlajaranta 6, 90460 Oulunsalo

Puhelinnumero: 0405968609

Sähköpostiosoite: eehannin@student oulu.fi

Tutkimus- tai oppilaitos: Oulun yliopisto

Koulutusohjelma: Terveystieteiden maisteri

Tutkimuksen taso: Pro gradu

Mikä muu?:

Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen ohjaaja oppilaitoksessa:

Sukunimi: Pirkola

Etunimi: Heidi

Oppilaitos: Oulun yliopisto

Oppiarvo ja ammatti: Yliopisto-opettaja

Toimipaikka ja osoite: Kontinkankaan kampus; Kiviharjuntie 4, 90220 Oulu

Puhelinnumero: 0505979062

Sähköpostiosoite: etunimi.sukunimi@oulu.fi

Opettaja on hyväksynyt tutkimussuunnitelman: Kyllä

Yhteyshenkilö tai henkilöt Tampereen kaupungissa:

1. Nimi: Iina laine

1. Yksikkö: Tampereen kaupunki

1. Puhelin:

1. Sähköposti: iina.laine@tampere.fi

2. Nimi:

2. Yksikkö:

2. Puhelin:

2. Sähköposti:

Muut yhteyshenkilöt:

Tutkimuksen nimi: SÄHKÖISET (OMAHOITO)PALVELUT OVAT KESKEISESSÄ
ROOLISSA SOTE-UUDISTUKSESSA-Hoitotyön ammattilaisten kokemuksia
oirearvioiden käytöstä käyttöönoton jälkeen

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (keskeiset tavoitteet, tutkimusmenetelmät, kohderyhmä):

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata miten hoitotyön ammattilaiset ovat kokeneet oirearvioiden käyttöönoton. Tutkimuksessa etsitään myös vastausta, miten johtamisen hyvät käytännöt toteutuvat perusterveydenhuollon tasoisessa yksikössä hoitotyön ammattilaisten kokemina digitaalisten palvelujen käyttöönoton jälkeen oirearvioiden osalta. Tutkimus toteutetaan verkkokyselynä strukturoiduin kysymyksin sekä neljän avoimen kysymyksen avulla. Teemoina kyselyssä ovat hoitotyön ammattilaisten mielipiteet oirearviopalvelusta, arvio palvelun vaikutuksesta omaan työhön ja ammattirooliin, vaikutukset asiakkaisiin, millaista palvelua on käyttää ja miten käyttöönotto on toteutunut sekä taustakysymykset.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ammattilaisten kokemuksia oirearvioiden käyttöönoton jälkeen sekä, miten johtamisen hyvät käytännöt ovat toteutuneet käyttöönotossa. Tavoitteena on saada tietoa miten käyttöönottoa voidaan kehittää jatkossa hoitotyön ammattilaisen näkökulmasta katsottuna.

?

Tutkimuskysymykset ovat

1. Miten hoitotyön ammattilaiset kokevat työskentelyn oirearvioiden käyttöönoton jälkeen?
2. Miten johtamisen hyvät käytännöt ovat toteutuneet oirekartoittimen käyttöön otossa hoitotyön ammattilaisen näkökulmasta tarkasteltuna
3. Mitkä käytännöt toteutuivat hyvin ja missä osioissa on kehitettävää?

Kohderyhmä ovat lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit, jotka käyttävät työssään oirearvioita.

Tutkimukselle aiemmin myönnetty tutkimuslupa (esim. valtakunnalliset tutkimushankkeet tai Tampereen kaupungin tutkimuslupa):

muokkaa

Pääasiallinen tutkimustapa/metodologia:

Kysely: Kyllä

Haastattelu: Ei

Havainnointi: Ei

Asiakirja-/tilastoanalyysi: Ei

Muu, mikä: Ei

Mikä muu?:

Osallistuminen: Ei

Henkilötietopohjainen tutkimus...: Ei

Edellyttääkö lupa eettisen toi...: Ei

Minkä eettisen toimikunnan?:

Myönteisen lausunnon päivämäärä:

Käsittely kesken, päiväys:

Kielteisen lausunnon päivämäärä:

Aineiston keruu alkaa: 21.1.2019

Aineiston keruu päättyy: 14.2.2019

Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika:

Lisätietoja:

Rekisteritietojen käyttö: Ei

Effica:

Pegasos:

SAP HR:

RAI:

Muu:

Tarkenna, mihin järjestelmä kohdentuu:

Aloituspäivämäärä:

Päätymispäivämäärä:

Tarkenna, mihin järjestelmä kohdentuu:

Aloituspäivämäärä:

Päätymispäivämäärä:

Aloituspäivämäärä:

Päätymispäivämäärä:

Aloituspäivämäärä:

Päätymispäivämäärä:

Tarkenna, mihin järjestelmä kohdentuu:

Aloituspäivämäärä:

Päätymispäivämäärä:

Tarvittavat asiakirjatiedot, mitä tietoja ja mistä:

Lisätietoja:

Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistetietoja: Kyllä

Tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa: Ei

Aineisto analysoidaan tunnistetiedoin: Ei

Peruste tunnistetietojen säilyttämiselle:

Sähköinen arkistointi: Kyllä

Paperinen arkistointi: Ei

Aineiston arkistointipaikka: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

Aineistoa kuvaavat asiasanat (YSA): sähköiset palvelut, digitaaliset palvelut, johtamisen hyvät käytännöt, hoitotyö

Aineiston jatkokäyttöä koskevista tiedusteluista vastaava henkilö: Sari Kujala

Päiväys: 3.1.2019

Allekirjoitus: Riitta Hänninen-Ervasti

Tutkimussuunnitelma: Kyllä

Kysely-/haastattelulomake: Ei

Muu aineistonkeruuseen liittyvä materiaali: Ei

Hakemus tietojärjestelmien käyttöoikeuksiin: Ei

Tietojen ja tietojärjestelmien käyttö- ja salassapitositoumus: Ei

Eettisen toimikunnan lausunto: Ei

Henkilötietolain mukainen rekisteriseloste: Ei

Muu liite: Ei

Liitteen/liitteiden nimi:

Tutkimus voidaan julkaista Tampereen kaupungin Internet-sivuilla: Tutkimus voidaan julkaista Tampereen kaupungin Internet-sivuilla

Tutkimus on salassapidettävä: Tutkimus ei ole salassapidettävä

Tutkimus on salassapidettävä Tutkimus ei ole salassapidettävä

Tutkimusluvan myöntäminen Tutkimuslupa myönnetään

Päiväys 10.1.2019

Allekirjoitus ja virkanimike Mari Lahtinen, kehittämispäällikkö

Kielteisen päätöksen perustelut ja valitusosoitus -

Lisätietoja -

VARSINAIS-SUOMEN
SAIRAANHOITOPIIRI

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1 / 4

Tällä lomakkeella haetaan sairaanhoitopiirin tutkimuslupaa, ja ilmoitetaan tutkijan/tutkijoiden lisäys käynnissä oleviin tutkimuksiin. Jos kyseessä on rekisteritutkimus tai aikaisemmin kerätyistä näytteistä tehtävä tutkimus käytetään lomaketta YHT 52a.

TurkuCRC täyttää

Lupapäätösnumero	Lupa myönnetty ajalle	Tutkimuksen projektinnumero
1/19 EPCL	2019	—

1. Tutkimusnumero

T298/2018

(Esim. T1/2015)

☒ Uusi tutkimus☐ Muutos vanhaan tutkimuslupaan. Mitä muutos koskee?☐ Tutkijan/tutkijoiden lisäys, ilmoitusmenettely. Täytetään kohdat 2,3,9 ja 10. Vastuullinen tutkija allekirjoittaa. Toimitetaan TurkuCRC:lle

2. Tutkimuksen nimi

SÄHKÖISET (OMAHOITO)PALVELUT OVAT KESKEISESSÄ ROOLISSA SOTE-UUDISTUKSESSA-Hoitotyön ammattilaisten kokemuksia oirekartoittimien/oirearvioiden käytöstä käyttöönoton jälkeen

Tutkimuksen lyhenne/koodi

☒ Tutkijalähtöinen tutkimus☐ Toimeksiantajalähtöinen tutkimus, toimeksiantaja:

3. VSSHP:n vastuullinen tutkija

(Nimi, toimialue, sähköposti, puhelinnumero)

Yhteyshenkilö

(Nimi, sähköposti, puhelinnumero)

Satu Hurme. satu.hurme@tyks.fi

4. Tutkimuksen aikataulu vuosina (lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)

2018 - 2019

5a. Tutkittavien arvioitu lukumäärä VSSHP:ssä

10-50

5b. Normaalihoitoon kuulumattomien tutkimuskäyntien lukumäärä/tutkittava

0

6. Sisäiset ostopalvelut

VARSINAIS-SUOMEN
SAIRAAANHOITOPIIRI

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

2 / 4

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tykslab | <input type="checkbox"/> Tyks mikrobiologia ja genetiikka |
| <input type="checkbox"/> Varsinais-Suomen kuvantamiskeskus | <input type="checkbox"/> Kliininen fysiologia |
| <input type="checkbox"/> Patologia | <input type="checkbox"/> PET-keskus |
| <input type="checkbox"/> VS lääkehuolto | <input type="checkbox"/> Kliininen tietopalvelu |
| <input type="checkbox"/> Kliininen neurofysiologia | <input type="checkbox"/> muu, mikä |

7. Kustannukset

- ☐ Kustannukset katetaan jo olemassa olevalta projektinumerolta _____ (esim. 17065 tai 13705).
- ☐ Tutkimukselle perustetaan uusi projektinnumero.
- ☒ Ei tutkimuksesta aiheutuvia kustannuksia, jotka laskutettaisiin VSSHP:n projektinumeron kautta

8. Lyhyt selvitys toimialueen resurssien käytöstä (tarvittaessa liitteenä)

- ☐ Käytetään VSSHP:n tiloja tai laitteita. Mitä ja kenen kanssa asiasta on sovittu?
- ☐ Tarvitaan tutkimukseen kuulumattoman henkilökunnan (esim. sihteerien) työpanosta.
- ☒ Käytetään VSSHP:n muita resursseja.

Lisää selvitys kaikista valituista kohdista.

Weborol kyselytutkimus terveydenhoitajille/sairaanhoitajille ja fysioterapeuteille. Kyselylinkin lähettäminen ko. henkilöille VSSHP:ssa

9. Muut tutkimukseen osallistuvat tutkijat

(Nimi, toimialue)

10. Opinnäytetyön tai väitöskirjan suorittaja

(Nimi, sähköpostiosoite, puhelinnumero)

Riitta Hänninen-Ervasti, eehannin@student.oulu.fi, 0405968609

Ohjaajat

Heidi Pirkola, heidi.pirkola@oulu.fi, 0505979062

11. Tutkimuksen/ opinnäytetyön ala

- ☐ lääketiede, erikoisala:
- ☐ hammaslääketiede
- ☐ hoitotiede/hoitotyö, Valitse painopistealue
- ☐ olen ollut yhteydessä yksiköihin, jossa aion opinnäytetyön suorittaa
- ☒ muu, mikä terveystieteiden ala

12. Onko tutkimus rekisteröity julkiseen tutkimusrekisteriin (ClinicalTrials.gov)?

- ☐ Kyllä, NCTnumero _____
- ☒ Ei, miksi? ☒ kyseessä ei ole interventiotutkimus
- ☐ muu syy, mikä

LIITTEET

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kustannuserittely (valmis excel-pohja tai vapaamuotoinen) | <input type="checkbox"/> tietosuojaseloste, VSSHP:n ollessa rekisterinpitäjä |
| <input checked="" type="checkbox"/> tutkimussuunnitelma, pakollinen | <input type="checkbox"/> malli tutkittavan informoimiseksi laadittavasta tiedotteesta ja suostumuksesta |
| <input type="checkbox"/> sisäiset ostopalvelusopimukset | <input type="checkbox"/> Valviran lupa |
| <input type="checkbox"/> tutkimussopimus ja/tai muu rahoituspäätös | <input type="checkbox"/> THL:n lupa |
| <input type="checkbox"/> eettisen toimikunnan puoltava lausunto | <input type="checkbox"/> Muu viranomainen, mikä |
| <input type="checkbox"/> Fimean käsittelyilmoitus | |

**VARSINAIS-SUOMEN
SAIRAANHOITOPIIRI**

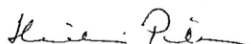
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

3 / 4

Vastuullisen tutkijan allekirjoitus

Allekirjoituksellani sitoudun noudattamaan VSSH:n terveystieteellisen tutkimuksen ohjeistoa (www.turkucrc.fi) sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Mahdolliset epäilyt hyvän tieteellisen käytännön loukkaamisesta käsitellään noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta "Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (www.tenk.fi)".

Päiväys: 18.1.2019

Allekirjoitus: 

Nimenselvennys: Heidi Pirkola

Virka/toimi: yliopistopettaja

Lomake toimitetaan liitteineen TurkuCRC:hen (rakennus 9, 2 kerros)

TurkuCRC toimittaa lomakkeen puollettavaksi ja hyväksyttäväksi. Saatte lupapäätöksen sähköpostiinne.

**Toimialueen, palvelualueen, tulosalueen tai liikelaitoksen
TUTKIMUKSEN JA OPETUKSEN VASTUUHENKILÖN PUOLTO**

Päätösnumero:

Päiväys: 28.1.2019

Allekirjoitus: 

Nimenselvennys: Timo Iirola

4.2.2019


Anne Hedman

**Toimialueen, palvelualueen, tulosalueen tai liikelaitoksen johtajan päätös
tai johtajaylilääkärin päätös, VSSH:n tutkimuslupa**

Päätösnumero:

Päiväys: 12.2.19

Allekirjoitus: 

Nimenselvennys: Sirpa Rantanen

Sirpa Rantanen

Toimitusjohtaja

Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos
VSSH

Jakelu:

- ☐ vastuullinen tutkija
- ☐ tutkimuksen puoltanut tutkimuksen ja opetuksen vastuuhenkilö
- ☐ tarjouksen antaneet palveluyksiköt
- ☐ taloushallinnon palvelukeskus
- ☐ yhteyshenkilö
- ☐

Asianumero	D/69/13.00.00.01/2019
Päätöslaji	Tutkimuslupa
Otsikko	Tutkimuslupan myöntäminen Riitta Hänninen-Ervastille, Hoitotyön ammattilaisten kokemuksia oirekartoittimien/oirearvioiden käyttöön oton jälkeen, Oulun yliopiston tutkimus, H-hoitotyö
Päätöserustelut	<p>Riitta Hänninen-Ervasti on hakenut lupaa tehdä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän avosairaanhoidossa tutkimusta "Hoitotyön ammattilaisten kokemuksia oirekartoittimien/oirearvioiden käyttöön oton jälkeen". Riitta Hänninen-Ervastin tutkimus liittyy hänen terveyshallintotieteiden opintoihinsa Oulun yliopistossa (H-hoitotyö).</p> <p>Avosairaanhoidon hoitotyön päällikkö Eija Immonen puoltaa luvan myöntämistä.</p>
Päätös	<p>Päätän myöntää tutkimuslupan 31.8.2019 saakka seuraavien ehtojen ja edellytysten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - saadut tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä saa käyttää vain lupahakemuksessa määritellyn tutkimukseen, rekisteriselosteen mukaisesti - tutkimuksen aikana rekisterinpitäjän on huolehdittava siitä, että tutkimuksessa muodostuvat yksittäisen henkilön identifiointiin mahdollistavat tutkimusaineistot säilytetään omina asiakirjoista erillisinä aineistoina ja suojataan asiattomilta pääsyyiltä sekä manuaalisten että atk-tiedostojen osalta. - jos tutkimusasetelmissa, -henkilöissä tai tiedonkeruussa tulee muutoksia, tulee niistä ilmoittaa lupaviranomaiselle ja tarvittaessa hakea uusi lupa - tietosuojasäilytyksestä tutkimuksen tulokset tulee julkistaa siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tulosten raportoinnissa ja julkaisemisessa on noudatettava tieteen eettisiä ohjeita. - lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan - lupapäätöksen saajan tulee antaa päätös tiedoksi kaikille tutkimusryhmän jäsenille ja valvoa ehtojen täyttymistä - henkilötietojen käsittely tapahtuu EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) mukaisesti - tutkimuslupa myönnetään hyvinvointiyhtymän avosairaanhoitoon <p>Luvan saanut on velvollinen toimittamaan tutkimuksesta tulosten julkaisujen kopiot tai muu kirjallinen selvitys tutkimuksen tuloksista.</p>



PÄIJÄT-HÄMEEN
hyvinvointikuntayhtymä

Terveystieteiden avovastaanotto
Tulosaluejohtaja

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

07.02.2019/4 §

Tämän luvan myöntämiseen liittyvät lupahakemusasiakirjat on tallennettu asianhallintajärjestelmä TWebiin.

Lisätietojen antaja	Tulosyksikönpäällikkö, asiantuntijalääkäri Risto Kuronen, p. 044 440 6623
Toimivallan peruste	Hallintosääntö §49
Nähtävänäoloaika	08.02.2019
Nähtävänäolopaikka	Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä, Kirjaamo, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus
Saaja	Riitta Hänninen-Ervasti
Tiedoksi	Risto Kuronen, Marjo Soini, Soile Vierula, Eija Immonen, Tuija Niemi
Liitteet	Tutkimuslupahakemus liitteinen
Allekirjoitus	Petteri Jyrkinen Tulosaluejohtaja